

Professionnels de santé et offre de soins pour les enfants : enjeux quantitatifs et qualitatifs

Rapport

Collection
Avis et Rapports

Avril 2022

Professionnels de santé et offre de soins pour les enfants : enjeux quantitatifs et qualitatifs

Le HCSP s'est autosaisi de la question de l'offre de soins de santé pour les enfants.

L'expertise de soins au service des enfants est abordée sur deux aspects complémentaires. D'un côté, un bilan précis de l'offre démographique des professionnels de santé spécialisés. Ce bilan reflète les difficultés actuelles, et permet d'anticiper l'évolution à venir si rien n'est fait pour enrayer les tendances actuellement observées. De l'autre, dans le cadre d'une coexistence des professions, il importe de préciser les compétences, la formation, l'expertise de ces professionnels de santé amenés à prendre en charge les enfants et d'avoir une vision claire de leur formation. Enfin de nouvelles compétences et de nouveaux besoins émergents pourraient susciter de nouvelles attributions.

Ce rapport dresse un bilan aussi précis que possible de la démographie des professionnels de santé œuvrant pour de la santé de l'enfant, spécialistes d'une part et généralistes de l'autre, en traçant les évolutions possibles, permettant de proposer de véritables parcours de soins pour les enfants, distinguant des soins primaires et secondaires articulés avec les soins tertiaires de référence. La description des compétences et formations des professionnels permet d'analyser leurs compétences, la place qu'ils peuvent occuper dans cette organisation des soins. Sur ces bases, le HCSP propose 31 recommandations déclinées par profession ou secteur (pédiatres et médecins généralistes ; chirurgie pédiatrique; pédopsychiatrie ; médecine scolaire ; infirmières puéricultrices ou non, psychomotriciens).

Professionnels de santé et offre de soins pour les enfants : enjeux quantitatifs et qualitatifs

28 avril 2022

Table des matières

| | |
|---|----|
| 1. Introduction | 4 |
| 2. Méthodes | 5 |
| 3. Démographie des professions de santé de l'enfant | 6 |
| 3.1-Professions avec expertise pédiatrique diplômante | 6 |
| 3.1.1. Pédiatres | 6 |
| 3.1.2. Chirurgie pédiatrique..... | 20 |
| 3.1.3. Pédopsychiatres | 24 |
| 3.1.4. Santé scolaire (Rapport Cour des Comptes 2020) ⁴ | 28 |
| 3.1.5. Infirmières puéricultrices diplômées d'Etat | 30 |
| 3.1.6. Sages-femmes..... | 35 |
| 3.1.7. Auxiliaires de puériculture | 39 |
| 3.2. Professions de santé participant à la prise en charge de la santé de l'enfant | 41 |
| 3.2.1. Médecins généralistes | 41 |
| 3.2.2. Orthophonistes | 46 |
| 3.2.3. Psychomotricien(ne)s | 48 |
| 3.3. Professionnels relevant du Code de l'Action Sociale et des Familles ou du Code de l'Education qui contribuent à la santé de l'enfant : | 50 |
| 3.3.1 Educateurs de jeunes enfants..... | 50 |
| 4. Formations, compétences | 51 |
| 4.1. Professions de santé avec expertise diplômante..... | 51 |
| 4.1.1. Pédiatres | 51 |
| 4.1.2. Chirurgiens pédiatriques | 53 |
| 4.1.3. Autres spécialisations pédiatriques chirurgicales..... | 56 |
| 4.1.4. Pédopsychiatres | 58 |
| 4.1.5. Médecine de santé publique | 59 |
| 4.1.6. Infirmières puéricultrices | 61 |
| 4.2. Professions de santé d'exercice non exclusivement dédié à la prise en charge de la santé de l'enfant | 67 |
| 4.2.1. Médecins généralistes | 67 |
| 4.2.2. Orthophonistes | 70 |
| 4.2.3. Psychomotricien(ne)s | 72 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 4.3. | Professionnels relevant du Code de l'Action Sociale et des Familles ou du Code de l'Education qui contribuent à la santé de l'enfant..... | 75 |
| 5. | Discussion | 77 |
| 5.1. | Perspectives démographiques et disparités régionales..... | 78 |
| 5.1.1. | Pédiatres, médecins généralistes | 78 |
| 5.1.2. | Infirmières puéricultrices | 78 |
| 5.1.4. | Auxiliaires de puériculture | 79 |
| 5.1.5. | Sages-femmes, une asymétrie entre exercice en maternité et activité libérale | 79 |
| 5.1.6. | Orthophonistes | 80 |
| 5.2. | Effet de la substitution d'expertise..... | 80 |
| 5.2.1 | Pédiatres et médecins généralistes | 81 |
| 5.2.2. | Infirmières puéricultrices et infirmières non spécialisées | 83 |
| 5.2.3. | Auxiliaires de puériculture et aide-soignant..... | 85 |
| 5.2.4. | Pédiatres et médecins urgentistes | 85 |
| 5.3. | La nécessaire évolution de la formation et des compétences..... | 87 |
| 5.4. | Des situations spécifiques | 88 |
| 5.4.1. | Santé scolaire..... | 88 |
| 5.4.2. | Protection maternelle infantile (PMI) | 89 |
| 5.4.3. | Pédopsychiatrie | 90 |
| 5.4.4. | Chirurgie pédiatrique..... | 90 |
| 5.4.5. | Modes d'exercice des infirmières puéricultrices..... | 91 |
| 5.4.6. | Orthophonistes et psychomotricien(ne)s | 93 |
| 5.5. | Filière hospitalière, parcours patient, des situations monopolaires de spécialité et des paradoxes..... | 94 |
| 5.5.1 | Des centres d'excellence | 94 |
| 5.5.2. | Des parcours plus lisibles pour les familles, des rôles à mieux préciser, une coordination des soins facilitée, une meilleure gradation des soins..... | 94 |
| 6. | Recommandations | 96 |
| 6.1 | Pédiatres et médecins généralistes | 97 |
| 6.2. | Chirurgie pédiatrique..... | 98 |
| 6.3. | Pédopsychiatrie | 99 |
| 6.4. | La médecine scolaire | 99 |
| 6.5. | Les Infirmières puéricultrices ou non..... | 99 |
| 6.6. | Psychomotricien(ne)s | 101 |
| 7. | Conclusion..... | 101 |
| 8. | Références | 102 |
| 9. | Annexes..... | 110 |
| | Annexe 1-Démographie des professions de santé de l'enfant..... | 110 |

| | |
|--|-----|
| Annexe 2- Formations, compétences | 138 |
| Liste des sigles | 165 |
| Composition du groupe de travail : | 167 |
| Liste des structures et personnes auditionnées | 167 |

Le HCSP s'est autosaisi de la question de l'offre de soins de santé pour les enfants.

Ce rapport a donc pour objectif d'établir un bilan aussi précis que possible de la démographie des professionnels de santé œuvrant pour de la santé de l'enfant, spécialistes d'une part et généralistes de l'autre, en traçant les évolutions possibles, permettant de proposer de véritables parcours de soins pour les enfants, distinguant des soins primaires et secondaires articulés avec les soins tertiaires de référence. La description fine des compétences et formations des groupes de professionnels permettra d'analyser les compétences des uns et des autres, quelle place ils peuvent occuper dans cette organisation des soins et quelles conséquences peuvent en résulter pour les enfants. Sur ces bases, le HCSP propose des recommandations.

Ce document a été présenté au collège le 17 mars 2022 puis validé lors du Bureau du Collège le 28 avril 2022. Il a été adopté à l'unanimité : 8 membres qualifiés présents sur 9 membres qualifiés ayant voix délibérative ; aucun conflit d'intérêt signalé, 8 votes pour, 0 abstention pas de vote contre.

1. Introduction

En médecine libérale comme hospitalière, scolaire ou préventive, dans le domaine de la petite enfance, l'intérêt supérieur de l'enfant est d'être pris en charge dans sa globalité par des professions de santé compétentes et bien formées. Que notre système de santé réponde mieux aux besoins des enfants est une obligation morale et un investissement sur l'avenir. Les excellents rapports (Sommelet¹, Peyron²/PMI, Giampino³/petite enfance, Cour des Comptes/Médecine scolaire⁴, Amiel⁵/pédopsychiatrie), les tribunes, les éditoriaux, les communiqués de presse se multiplient pour illustrer et dénoncer l'effritement silencieux et insidieux de l'expertise dans la filière de prise en charge de la santé de l'enfant. La mission confiée par le ministre de la santé à l'IGAS (septembre 2020) avec comme rapporteure le Pr Brigitte Chabrol a fait le constat « *d'une organisation actuelle non optimale et insuffisamment intégrée des soins de santé de l'enfant en France* ». La Cour des Comptes vient de publier un rapport sur la santé des enfants dont les conclusions sont concordantes⁶.

L'ensemble de ces rapports convergent pour souligner les grandes difficultés de la prise en charge des soins et de la santé de l'enfant. Cette situation est d'autant plus préoccupante que le dispositif de surveillance et de suivi statistiques de la santé des enfants souffre de nombreuses lacunes qui ne permettent pas une surveillance sanitaire à la hauteur des enjeux ni une évaluation précise des besoins. Il est très préoccupant qu'un des indicateurs majeurs de la santé des enfants, la mortalité infantile, ait augmenté entre 2012 et 2019 dans notre pays⁷. Les raisons de cette dégradation de la situation sanitaire ne peuvent être déterminées avec précision. S'il est probable que les déterminants socio-économiques sont impliqués, la cohérence des rapports qui se sont penchés sur le système de soins invite à penser qu'il est urgent d'en analyser le fonctionnement et son évolution si rien n'était fait pour réagir à une tendance qu'il n'est plus possible d'ignorer.

Une démarche classique d'estimation des besoins de soins, préalable à la définition d'un système sanitaire permettant d'y répondre n'est pas possible en l'état actuel en France. De très nombreux aspects de la santé de l'enfant sont méconnus, soit qu'ils ne sont pas couverts ou pas considérés comme essentiels, soit que l'organisation du système soit à l'origine d'une telle diversité de situations que toute synthèse soit difficile. Parmi les aspects de la santé qui ne sont pas ou insuffisamment couverts, on peut citer : les adolescents, la santé mentale, le développement de

¹ L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé octobre 2006. Daniele Sommelet . [rapport.pdf \(vie-publique.fr\)](#)

² Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! Rapport présenté par Michèle Peyron, députée. Mars 2019. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf>

³ Rapport de Sylviane Giampino : Développement du jeune enfant – Modes d'accueil, Formation des professionnels - Ministère des Solidarités et de la Santé (solidarites-sante.gouv.fr)

⁴ Rapport Cour des Comptes – Les médecins et les personnels de santé scolaire – Avril 2020 <https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-05/20200527-rapport-58-2-medecins-personnels-sante-scolaire.pdf>

⁵ Sénat-Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France . Alain Milon et Michel Amiel. Avril 2017. p112-125 www.senat.fr/rap/r16-494/r16-4941.pdf

⁶ Rapport Cour des comptes. La santé des enfants. Une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé décembre 2021 - <http://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2022-02/20220209-sante-des-enfants.pdf>

⁷ Trinh NTH, de Visme S, Cohen JF, Bruckner T, Lelong N, Adnot P, Rozé JC, Blondel B, Goffinet F, Rey G, Ancel PY, Zeitlin J, Chalumeau M. Recent historic increase of infant mortality in France: A time-series analysis, 2001 to 2019. *Lancet Reg Health Eur.* 2022 Mar 1;16:100339. doi: 10.1016/j.lanepe.2022.100339. [Recent historic increase of infant mortality in France: A time-series analysis, 2001 to 2019. - Abstract - Europe PMC](#)

l'enfant (Rapport du HCSP/le dispositif statistique de surveillance et de recherche en santé de l'enfant, 2019⁸). Il s'agit pourtant de questions de santé publique majeures.

Parmi les champs qui souffrent d'un manque de données statistiques, l'accès aux soins est particulièrement difficile à apprécier pour deux raisons :

1- Certaines données sur l'offre de soins font défaut pour les enfants. Un exemple en est l'impossibilité d'estimer le nombre exact de surspécialistes en pédiatrie (cardiopédiatres, neuropédiatres, pédiatres endocrinologues, etc.). Les inégalités territoriales de l'offre de soins ne bénéficient pas aujourd'hui des outils disponibles pour les adultes (accessibilité potentielle localisée par exemple). Un autre exemple de difficulté de suivi statistique d'origine structurelle est donné par l'activité et les missions prioritaires des PMI, sous la responsabilité des départements, dont les orientations stratégiques variées sur le territoire rendent difficile voire impossible une vision d'ensemble de leurs activités. Dès lors, il est clair que dresser un bilan des besoins sanitaires des enfants, qui est la base de toute réflexion sur la planification de l'offre de soins, s'avère hors de portée dans notre pays.

2- Une partie des soins sont délivrés par des professionnels experts de la santé de l'enfant et d'autres par des professionnels généralistes, qu'il s'agisse de personnels médicaux ou paramédicaux. Il est ainsi difficile d'évaluer l'activité de soins et leur disponibilité réalisée par des médecins généralistes au sein de leur patientèle.

L'expertise de soins au service des enfants est abordée sur deux aspects complémentaires. D'un côté, un bilan très précis de l'offre démographique des professionnels de santé spécialisés est nécessaire, tant au niveau national que dans les différents territoires. Ce bilan reflète les difficultés actuelles, mais permet d'anticiper l'évolution à venir si rien n'est fait pour enrayer les tendances actuellement observées. De l'autre, dans le cadre d'une cohabitation des professions, il importe de préciser les compétences, la formation, l'expertise de ces professionnels de santé amenés à prendre en charge les enfants et d'avoir une claire vision de leur formation. Enfin de nouvelles compétences et de nouveaux besoins émergents pourraient susciter de nouvelles attributions.

Au vu de cette situation sanitaire, le HCSP s'est autosaisi de la question de l'offre de soins de santé pour les enfants. Ce rapport a donc pour objectif d'établir un bilan aussi précis que possible de la démographie des professionnels de santé œuvrant pour de la santé de l'enfant, spécialistes d'une part et généralistes de l'autre, en traçant les évolutions possibles, permettant de proposer de véritables parcours de soins pour les enfants, distinguant des soins primaires et secondaires articulés avec les soins tertiaires de référence. La description fine des compétences et formations des groupes de professionnels permettra d'analyser les compétences des uns et des autres, quelle place ils peuvent occuper dans cette organisation des soins et quelles conséquences peuvent en résulter pour les enfants. Sur ces bases, le HCSP propose des recommandations.

2. Méthodes

Ce rapport fait la distinction entre les professionnels titulaires d'un diplôme de spécialité pédiatrique et à l'exercice exclusivement pédiatrique d'une part, qui sont ici qualifiées de « professions expertes en santé de l'enfant » et les professionnels dont ni le diplôme, ni l'exercice ne sont spécifiquement pédiatriques d'autre part.

⁸[Le dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant \(hcsp.fr\)](http://le-dispositif-statistique-de-surveillance-et-de-recherche-sur-la-sante-de-l-enfant-hcsp.fr)

Si les professions expertes en santé de l'enfant (par diplôme) ont été auditionnées et détaillées dans le rapport, toutes les professions de santé prenant en charge des enfants n'ont pas pu être auditionnées dans le temps imparti.

Etant donné le caractère encore lacunaire du dispositif de suivi statistique en santé de l'enfant⁸, le rapport n'a pas été construit à partir de l'estimation de leurs besoins par impossibilité d'évaluation statistique précise de ces derniers.

L'analyse comporte un volet démographique, un volet formations-compétences et une synthèse des deux premières parties. L'année sélectionnée pour le volet démographique (2018) est celle disponible sur l'ensemble des sources au moment de l'analyse pour l'écriture du rapport.

L'analyse démographique agrège des données statistiques issues de sources multiples et différentes, voire dispersées. Pour certaines professions, les données sont incomplètes c'est-à-dire qu'elles sont accessibles uniquement pour certains modes d'exercice. Ces données sont en accès public donc vérifiables mais les possibilités d'agrégation de certaines données sont impossibles ou à l'inverse automatique (alors que non souhaitée) selon les sources. Il est souvent nécessaire de télécharger l'ensemble des données pour une seule variable et une même année ou pour la statistique annuelle des établissements (SAE), par bordereau, département par département (la sélection de plusieurs départements entraîne l'agrégation automatique des données du même bordereau). Certaines sources peuvent recouvrir des champs qui se chevauchent et il a pu être difficile d'assurer l'exhaustivité ou de vérifier les doublons.

Les sources consultées étaient celles :

- De la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) via son espace Data.Drees et ses publications ;
- De l'Institut national de la statistique et études économiques (Insee) (interface avec les populations cibles) ; du site de la SAE ;
- Du rapport annuel du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) ;
- Des rapports
 - De l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) ;
 - De l'Association française des pédiatres ambulatoires (Afp) ; du Collège national des praticiens hospitaliers et universitaires de chirurgie pédiatrique ;
 - D'Eurostat (permettant la comparaison au sein de l'Europe, <https://ec.europa.eu/eurostat>) ;
- Des décrets publiés au journal officiel (J.O.) concernant le nombre de postes ouverts pour les spécialités médicales ;
- Du Comité d'entente des écoles préparant aux métiers de l'enfance (Ceepame) ;
- De différents rapports (Haute autorité de santé (HAS), Cour des Comptes, Inspection générale des affaires sociales (IGAS), rapport Peyron, rapport Giampino, rapports Moro, Amiel) ;
- De l'Observatoire national de la petite enfance ;
- Des Directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

3. Démographie des professions de santé de l'enfant

3.1-Professions avec expertise pédiatrique diplômante

3.1.1. Pédiatres

En 2018, la France métropolitaine comptait 7 902 pédiatres (femmes 72,3%) tous modes d'exercice confondus (source Data Drees) : activité libérale ou mixte (38,8%), salariés hospitaliers

(51,9%), autres salariés (9,3%). Selon le rapport 2018 du CNOM⁹, la répartition des activités est sensiblement différente : salariés (68%), libéraux exclusifs 22%, mixtes 11%.

La figure 1 ci-après illustre l'évolution de leur nombre depuis 2000, celle de la proportion de femmes et les modes d'exercice. En 2018, l'exercice libéral exclusif représentait 26% et l'activité hospitalière exclusive 52%. On note une évolution depuis 2000 en faveur des établissements hospitaliers (respectivement 49,1% et 39,3%) parallèlement à l'augmentation de la part des femmes dans ces deux secteurs d'activité.

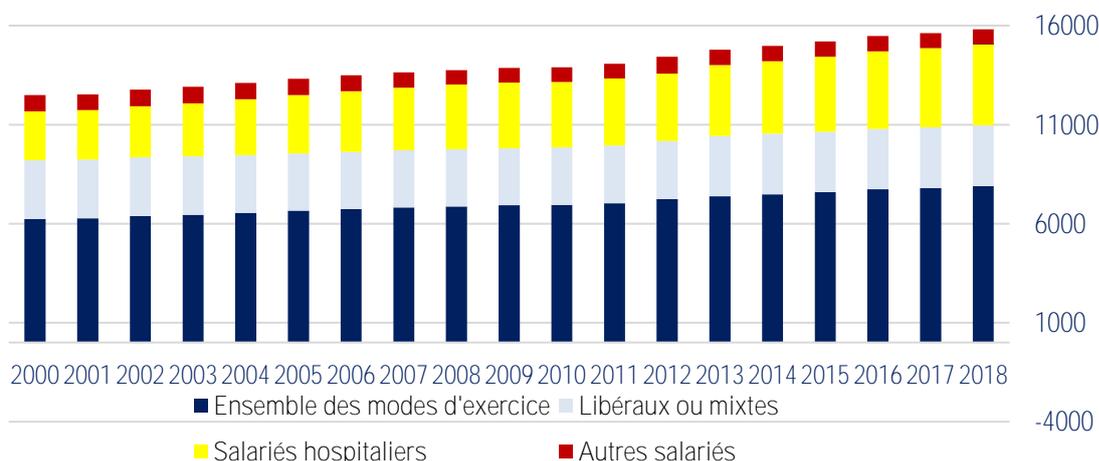


Figure 1- Répartition des pédiatres selon le mode d'activités entre 2000 et 2018

La proportion de femmes croît régulièrement avec les années dans les différents secteurs, en particulier hospitaliers respectivement 66,9% secteur libéral et 74,9% secteur hospitalier en 2018 versus 50,1% et 52,3% en 2000 (Tableau 1).

Tableau 1 - Proportion de femmes parmi les pédiatres selon le mode d'activité entre 2000 et 2018 (Source Data Drees)

| | Ensemble des Modes d'exercice | Femmes | | Libéraux ou mixtes | Femmes | | Salariés hospitaliers | Femmes | | Autres salariés | Femmes | |
|------|-------------------------------|--------|------|--------------------|--------|------|-----------------------|--------|------|-----------------|--------|------|
| | | Femmes | % | | Femmes | % | | Femmes | % | | Femmes | % |
| 2018 | 7902 | 5714 | 72,3 | 3063 | 2050 | 66,9 | 4101 | 3073 | 74,9 | 738 | 596 | 80,8 |
| 2017 | 7807 | 5407 | 69,3 | 3056 | 1956 | 64,0 | 3996 | 2852 | 71,4 | 755 | 599 | 79,3 |
| 2016 | 7735 | 5281 | 68,3 | 3052 | 1906 | 62,5 | 3921 | 2764 | 70,5 | 762 | 611 | 80,2 |
| 2015 | 7598 | 5111 | 67,3 | 3041 | 1866 | 61,4 | 3793 | 2625 | 69,2 | 764 | 620 | 81,2 |
| 2014 | 7486 | 4974 | 66,4 | 3051 | 1858 | 60,9 | 3669 | 2500 | 68,1 | 766 | 616 | 80,4 |
| 2013 | 7387 | 4858 | 65,8 | 3040 | 1803 | 59,3 | 3581 | 2421 | 67,6 | 766 | 634 | 82,8 |
| 2012 | 7237 | 4688 | 64,8 | 2935 | 1727 | 58,8 | 3407 | 2267 | 66,5 | 845 | 694 | 82,1 |
| 2011 | 7033 | 4470 | 63,6 | 2914 | 1694 | 58,1 | 3384 | 2138 | 63,2 | 735 | 638 | 86,8 |
| 2010 | 6948 | 4376 | 63,0 | 2907 | 1667 | 57,3 | 3296 | 2058 | 62,4 | 745 | 651 | 87,4 |
| 2009 | 6935 | 4279 | 61,7 | 2872 | 1615 | 56,2 | 3317 | 2010 | 60,6 | 746 | 655 | 87,8 |
| 2008 | 6872 | 4181 | 60,8 | 2877 | 1583 | 55,0 | 3275 | 1965 | 60,0 | 720 | 632 | 87,8 |
| 2007 | 6821 | 4089 | 59,9 | 2881 | 1571 | 54,5 | 3169 | 1843 | 58,2 | 771 | 674 | 87,4 |
| 2006 | 6744 | 4009 | 59,4 | 2885 | 1567 | 54,3 | 3059 | 1741 | 56,9 | 800 | 701 | 87,6 |
| 2005 | 6659 | 3921 | 58,9 | 2888 | 1550 | 53,7 | 2948 | 1645 | 55,8 | 823 | 725 | 88,1 |
| 2004 | 6549 | 3821 | 58,3 | 2910 | 1540 | 52,9 | 2817 | 1549 | 55,0 | 823 | 732 | 88,9 |
| 2003 | 6454 | 3710 | 57,5 | 2951 | 1533 | 51,9 | 2670 | 1450 | 54,3 | 834 | 726 | 87,1 |
| 2002 | 6382 | 3632 | 56,9 | 2961 | 1521 | 51,4 | 2591 | 1390 | 53,6 | 829 | 721 | 87,0 |
| 2001 | 6263 | 3544 | 56,6 | 2973 | 1504 | 50,6 | 2492 | 1331 | 53,4 | 798 | 709 | 88,8 |
| 2000 | 6244 | 3501 | 56,1 | 2967 | 1487 | 50,1 | 2456 | 1284 | 52,3 | 821 | 730 | 88,9 |

3.1.1.1. Répartition des modes d'activité selon les régions

⁹ Atlas de la démographie médicale en France. Janvier 2018 [cnom_atlas_2018_0.pdf](http://cnom.atlas.2018.0.pdf) (conseil-national.medecin.fr)

Les régions des Hauts-de-France et Bourgogne-France-Comté se distinguent par les proportions les plus faibles d'activité libérale, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Occitanie par les proportions les plus faibles de salariés hospitaliers (cf. tableau 2 infra).

Tableau 2 – Répartition des modes d'activité selon les régions en 2018 (source Data Drees)

| 2018 | Ensemble des modes d'exercice | Libéraux exclusifs | % | Mixtes | % | Salariés hospitaliers | % | Autres salariés | % |
|----------------------------|-------------------------------|--------------------|------|--------|------|-----------------------|------|-----------------|------|
| FRANCE Métropolitaine | 7902 | 2026 | 25,6 | 1037 | 13,1 | 4101 | 51,9 | 738 | 9,3 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 931 | 242 | 26,0 | 123 | 13,2 | 500 | 53,7 | 66 | 7,1 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 247 | 41 | 16,6 | 39 | 15,8 | 148 | 59,9 | 19 | 7,7 |
| Bretagne | 338 | 91 | 26,9 | 32 | 9,5 | 193 | 57,1 | 22 | 6,5 |
| Centre-Val de Loire | 238 | 57 | 23,9 | 26 | 10,9 | 144 | 60,5 | 11 | 4,6 |
| Grand Est | 617 | 164 | 26,6 | 93 | 15,1 | 307 | 49,8 | 53 | 8,6 |
| Hauts-de-France | 632 | 99 | 15,7 | 66 | 10,4 | 401 | 63,4 | 66 | 10,4 |
| Ile-de-France | 2334 | 572 | 24,5 | 334 | 14,3 | 1197 | 51,3 | 231 | 9,9 |
| Normandie | 329 | 63 | 19,1 | 41 | 12,5 | 197 | 59,9 | 28 | 8,5 |
| Nouvelle-Aquitaine | 525 | 140 | 26,7 | 63 | 12,0 | 252 | 48,0 | 70 | 13,3 |
| Occitanie | 656 | 215 | 32,8 | 93 | 14,2 | 282 | 43,0 | 66 | 10,1 |
| Pays de la Loire | 315 | 78 | 24,8 | 26 | 8,3 | 184 | 58,4 | 27 | 8,6 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 714 | 252 | 35,3 | 98 | 13,7 | 288 | 40,3 | 76 | 10,6 |

L'âge moyen des pédiatres en France métropolitaine est de 49,2 ans (46,4 à 50,9 ans selon les régions). La Bourgogne-Franche-Comté et Pays de la Loire sont les régions où cette moyenne est la plus basse, l'Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte-d'Azur, celles où elle est le plus élevée (cf. tableau 3 infra).

Tableau 3 – Répartition des pédiatres, tout mode d'activité confondu, selon les groupes d'âge par grandes régions (source Data Drees)

| Groupe d'âge (ans) 2018 | Age moyen | < 30 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69 | ≥70 |
|----------------------------|-----------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| FRANCE Métropolitaine | 49,22 | 216 | 1089 | 980 | 861 | 845 | 812 | 994 | 1181 | 593 | 331 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 47,45 | 32 | 137 | 138 | 105 | 112 | 105 | 123 | 106 | 49 | 24 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 46,37 | 11 | 46 | 36 | 31 | 22 | 25 | 28 | 28 | 13 | 7 |
| Bretagne | 47,25 | 6 | 52 | 56 | 45 | 33 | 32 | 37 | 58 | 14 | 5 |
| Centre-Val de Loire | 49,23 | 8 | 29 | 27 | 34 | 19 | 32 | 28 | 37 | 15 | 9 |
| Grand Est | 49,41 | 26 | 81 | 73 | 56 | 62 | 66 | 81 | 96 | 54 | 22 |
| Hauts-de-France | 48,36 | 18 | 100 | 80 | 71 | 53 | 67 | 86 | 104 | 37 | 16 |
| Ile-de-France | 50,91 | 45 | 285 | 260 | 219 | 255 | 216 | 302 | 391 | 225 | 136 |
| Normandie | 47,97 | 11 | 49 | 39 | 44 | 46 | 30 | 30 | 45 | 26 | 9 |
| Nouvelle-Aquitaine | 47,88 | 15 | 85 | 69 | 63 | 58 | 59 | 67 | 56 | 27 | 26 |
| Occitanie | 49,77 | 16 | 78 | 70 | 79 | 78 | 80 | 86 | 96 | 43 | 30 |
| Pays de la Loire | 46,46 | 16 | 49 | 49 | 44 | 31 | 31 | 33 | 37 | 18 | 7 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 50,66 | 12 | 94 | 81 | 67 | 75 | 66 | 91 | 123 | 70 | 35 |

Pyramide des âges des pédiatres

2 884 médecins au 1^{er} janvier 2020 - âge moyen : 54,07 ans
(y compris médecins en cumul retraite/activité libérale)

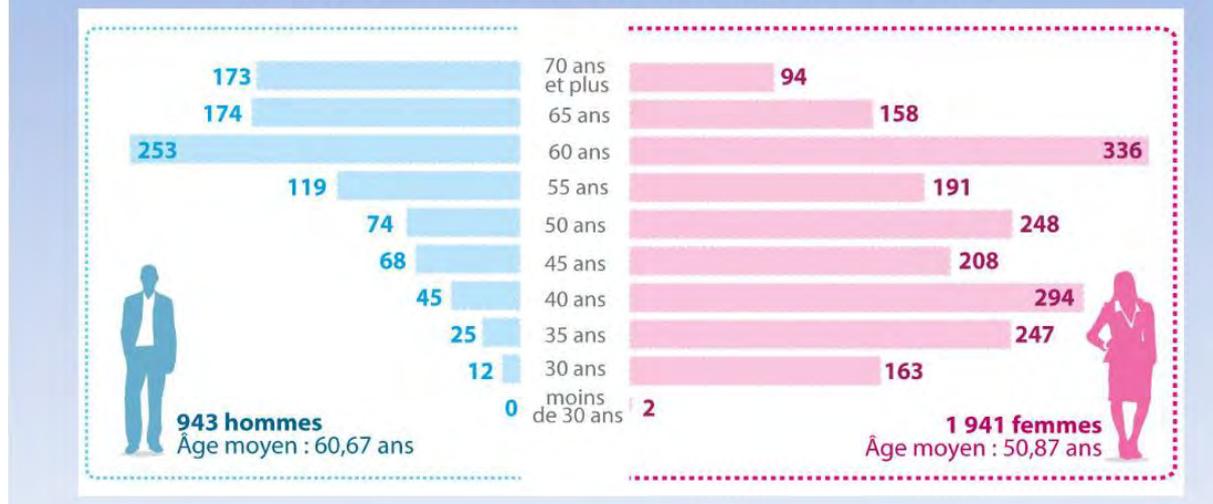


Figure.2 – Pyramide des âges des pédiatres libéraux¹⁰

3.1.1.2 Densité

Densité globale

La densité globale de pédiatres sur l'ensemble de la France métropolitaine est de 67,4 pour 100 000 enfants âgés de moins de 18 ans (source Drees), et égale à 76,0 pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans. Cette densité est calculée sur l'ensemble des activités. Cette densité devient égale à 19,5/100 000 enfants âgés de moins de 15 ans pour la pédiatrie exclusivement libérale.

Par comparaison, il y avait 99 441 médecins généralistes en 2018 pour 79% de la population soit 52 827 947 habitants (population des 0-19 ans exclue) soit une densité de 188,2 généralistes pour 100 000 habitants, **les pédiatres libéraux sont 50 fois moins nombreux** pour soigner et suivre 21% de la population française.

La densité la plus faible correspond à la région Pays de la Loire, la plus élevée à l'Île-de-France (Tableau 4), région où les pédiatres représentent 29,5% de l'ensemble des pédiatres en France métropolitaine et où la moyenne d'âge des pédiatres est aussi la plus élevée, pour une population pédiatrique d'âge inférieure à 18 ans représentant 13,5% de la population pédiatrique nationale.

¹⁰ Avenir Spé Conseil d'Administration La retraite des spécialistes: Quand ? Combien ? Quelle solvabilité ? Dr Jean-Luc FRIGUET 15 février 2020. [Présentation PowerPoint \(syndicatavenirspe.fr\)](https://www.syndicatavenirspe.fr)

Tableau 4 – Population par groupe d'âge quinquennal par grandes régions et densité de pédiatres pour 100 000 en 2018 (source Data Drees et Insee)

| Régions | Population pédiatrique | | | | Total | Total Age <15 ans | Pédiatres | Densité /100 000 | Densité /100 000 Age<15 ans |
|----------------------------|------------------------|-----------|-------------|-------------|------------|----------------------|-----------|---------------------|-----------------------------------|
| | 0 à 4 ans | 5 à 9 ans | 10 à 14 ans | 15 à 19 ans | | | | | |
| 2018 | | | | | | | | | |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 445 712 | 494 925 | 503 557 | 496 059 | 1 940 253 | 1 444 194 | 931 | 48,0 | 64,5 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 135 181 | 157 871 | 167 339 | 166 626 | 627 017 | 460 391 | 247 | 39,4 | 53,7 |
| Bretagne | 162 458 | 193 713 | 207 572 | 209 888 | 773 631 | 563 743 | 338 | 43,7 | 60,0 |
| Centre-Val de Loire | 131 083 | 153 323 | 160 026 | 154 138 | 598 570 | 444 432 | 238 | 39,8 | 53,6 |
| Grand Est | 280 007 | 318 357 | 327 544 | 332 215 | 1 258 123 | 925 908 | 617 | 49,0 | 66,6 |
| Hauts-de-France | 339 937 | 391 814 | 396 871 | 396 916 | 1 525 538 | 1 128 622 | 632 | 41,4 | 56,0 |
| Ile-de-France | 468 466 | 481 726 | 479 370 | 472 787 | 1 902 349 | 1 429 562 | 2334 | 122,7 | 163,3 |
| Normandie | 169 604 | 197 987 | 207 542 | 206 204 | 781 337 | 575 133 | 329 | 42,1 | 57,2 |
| Nouvelle-Aquitaine | 270 297 | 318 748 | 339 794 | 343 716 | 1 272 555 | 928 839 | 525 | 41,3 | 56,5 |
| Occitanie | 291 512 | 333 033 | 347 161 | 348 750 | 1 320 456 | 971 706 | 656 | 49,7 | 67,5 |
| Pays de la Loire | 200 739 | 236 755 | 250 432 | 245 583 | 933 509 | 687 926 | 315 | 33,7 | 45,8 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 264 138 | 287 739 | 291 095 | 285 743 | 1 128 715 | 842 972 | 714 | 63,3 | 84,7 |
| Total | 3 159 134 | 3 565 991 | 3 678 303 | 3 658 625 | 14 062 053 | 10 403 428 | 7902 | 56,2 | 76,0 |

A population pédiatrique équivalente, il existe des disparités territoriales de pédiatres : exemple de la région Pays de la Loire comptabilisant moitié moins de pédiatres qu'en région Provence-Alpes-Côte-D'azur. Plus de la moitié de la totalité des pédiatres (53,5%) est concentrée entre l'Ile-de-France et les trois régions du Sud de la France (Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Provence-Alpes-Côte-D'azur), régions totalisant 40% de la population pédiatrique globale et de celle âgée de moins de 15 ans.

Densité en pédiatres libéraux

Le nombre de pédiatres libéraux exclusifs n'a cessé de chuter depuis 2009 (n=2579) (Afpa, dossier de presse juin 2017¹¹) tandis que sur la même période le nombre de pédiatres hospitaliers augmentaient de 24% (53% pour les femmes).

Tableau 5 – Population âgée de 0 à 19 ans et de 0 à 15 ans par grandes régions et densité de pédiatres libéraux (source Data Drees)

| Régions 2018 | Total 0-19 ans | Total <15 ans | Pédiatres libéraux | Densité /100 000 | Densité /100 000 Age<15 ans |
|----------------------------|----------------|------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------------------|
| Auvergne-Rhône-Alpes | 1 940 253 | 1 444 194 | 242 | 12,5 | 16,8 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 627 017 | 460 391 | 41 | 6,50 | 8,9 |
| Bretagne | 773 631 | 563 743 | 91 | 11,8 | 16,1 |
| Centre-Val de Loire | 598 570 | 444 432 | 57 | 9,50 | 12,8 |
| Grand Est | 1 258 123 | 925 908 | 164 | 13,0 | 17,7 |
| Hauts-de-France | 1 525 538 | 1 128 622 | 99 | 6,5 | 8,8 |
| Ile-de-France | 1 902 349 | 1 429 562 | 572 | 30,0 | 40,0 |
| Normandie | 781 337 | 575 133 | 63 | 8,10 | 10,9 |
| Nouvelle-Aquitaine | 1 272 555 | 928 839 | 140 | 11,0 | 15,1 |
| Occitanie | 1 320 456 | 971 706 | 215 | 16,3 | 22,1 |
| Pays de la Loire | 933 509 | 687 926 | 78 | 8,40 | 11,3 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 1 128 715 | 842 972 | 252 | 22,3 | 29,9 |
| Total | 14 062 053 | 10 403 428 | 2026 | 14,4 | 19,5 |

¹¹ Dossier de presse Association Française de Pédiatrie Ambulatoire, Juin 2017. https://afpa.org/content/uploads/2017/06/DP_2017-06.pdf

Avec deux enfants en moyenne par femme, la France connaît un fort taux de natalité (<http://www.insee.fr/fr/statistiques/2381396>) mais paradoxalement elle fait partie des pays qui comptent le moins de pédiatres (cf. graphique ci-après). Comparée aux autres pays d'Europe, la France se situe en **27^{ème} position de densité de pédiatres libéraux** (Source Eurostat)¹².

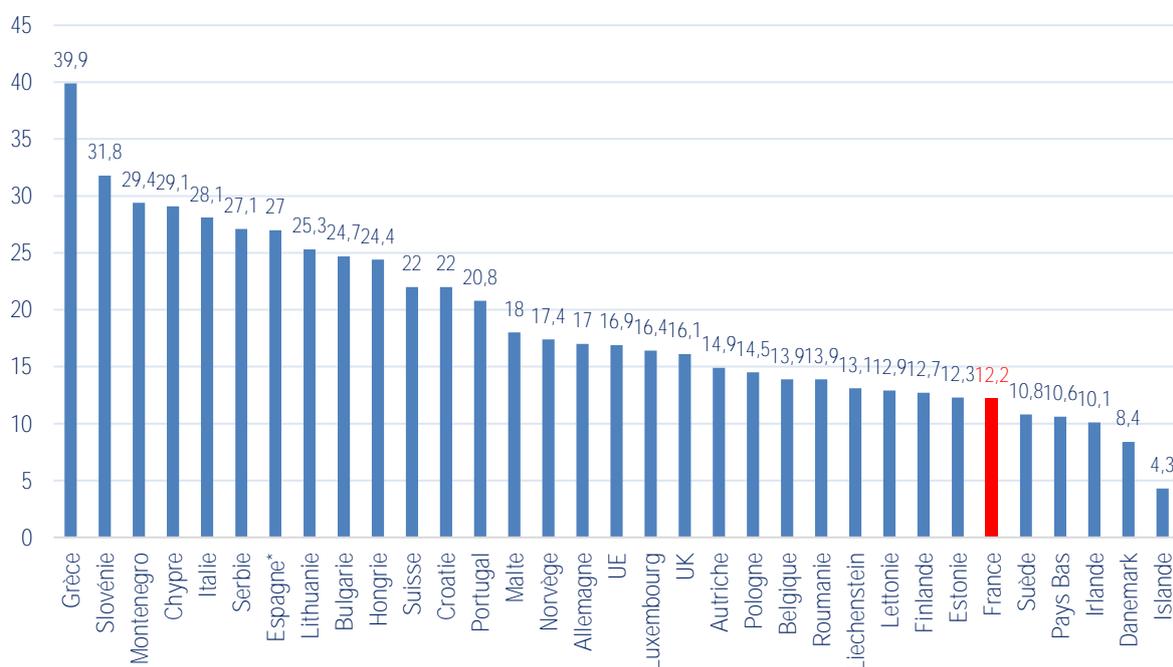


Figure 3 – Densité de pédiatres généralistes pour 100 000 enfants d'âge inférieur ou égal à 18 ans (2017/2018) (source Eurostat)

Le taux global de pédiatres pour 100 naissances vivantes est de 1,1 au niveau national avec peu de différence entre régions. Ce taux est très variable lorsqu'il est rapporté aux pédiatres libéraux exclusifs, il est faible dans deux régions Bourgogne-Franche-Comté et les Hauts-de-France alors que cette dernière représente la 3^{ème} région en ce qui concerne le nombre de naissances.

Tableau 6 – Taux de pédiatres par nombre de naissances en 2018 selon les régions en France métropolitaine

| | Naissances 2018 | Pédiatres | Libéraux exclusifs | Taux de pédiatres/naissances | Taux de pédiatres libéraux/naissances |
|----------------------------|-----------------|-----------|--------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| Auvergne-Rhône-Alpes | 90297 | 931 | 242 | 1,0% | 0,27% |
| Bourgogne-Franche-Comté | 26840 | 247 | 41 | 0,9% | 0,15% |
| Bretagne | 31701 | 338 | 91 | 1,1% | 0,29% |
| Centre-Val de Loire | 26093 | 238 | 57 | 0,9% | 0,22% |
| Grand Est | 55580 | 617 | 164 | 1,1% | 0,30% |
| Hauts-de-France | 67913 | 632 | 99 | 0,9% | 0,15% |
| Ile-de-France | 174439 | 2334 | 572 | 1,3% | 0,33% |
| Normandie | 34047 | 329 | 63 | 1,0% | 0,19% |
| Nouvelle-Aquitaine | 53680 | 525 | 140 | 1,0% | 0,26% |
| Occitanie | 58106 | 656 | 215 | 1,1% | 0,37% |
| Pays de la Loire | 39739 | 315 | 78 | 0,8% | 0,20% |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 56506 | 714 | 252 | 1,3% | 0,45% |
| France métropolitaine | 717795 | 7902 | 2026 | 1,1% | 0,28% |

¹² Healthcare personnel statistics – [Base de données - Eurostat \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table)

Répartition géographique des pédiatres au 1^{er} janvier 2020

(y compris les médecins en cumul retraite/activité libérale)

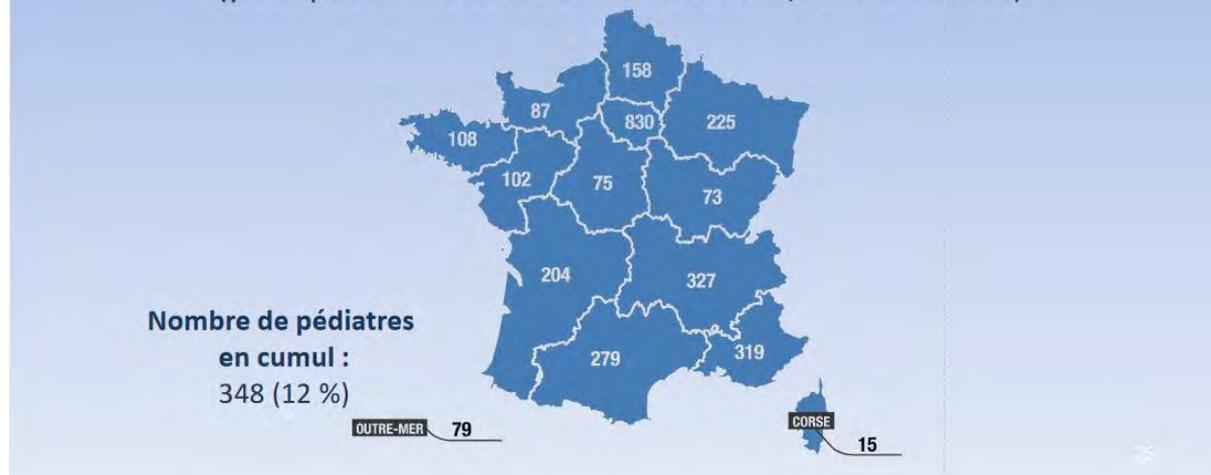


Figure 4 – Répartition des pédiatres libéraux au 1^{er} janvier 2020¹⁰

Entre 2006 et 2018, sept régions ont une augmentation de leur population d'enfants âgés de moins de 15 ans. Les deux régions où la population des enfants âgés de moins de 15 ans a le plus augmenté, sur cette même période, sont la Nouvelle-Aquitaine et l'Occitanie (cf. tableau 7), région en 4^{ème} et 6-7^{ème} position du nombre total de pédiatres et de pédiatres libéraux respectivement.

Tableau 7 – Comparaison des populations pédiatriques (âge < 15 ans) en 2006 et 2018

| Régions | 2018 | 2006 | # |
|----------------------------|------------|------------|--------|
| Total âge < 15 ans | | | |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 1 444 194 | 1 357 828 | 6,36% |
| Bourgogne-Franche-Comté | 460 391 | 488 912 | -5,83% |
| Bretagne | 563 743 | 558 934 | 0,86% |
| Centre-Val de Loire | 444 432 | 452 460 | -1,77% |
| Grand Est | 925 908 | 990 420 | -6,51% |
| Hauts-de-France | 1 128 622 | 1 182 236 | -4,53% |
| Île-de-France | 1 429 562 | 1 380 062 | 3,59% |
| Normandie | 575 133 | 615 709 | -6,59% |
| Nouvelle-Aquitaine | 928 839 | 834 891 | 11,25% |
| Occitanie | 971 706 | 902 750 | 7,64% |
| Pays de la Loire | 687 926 | 658 812 | 4,42% |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 842 972 | 836 822 | 0,73% |
| France métropolitaine | 10 403 428 | 10 259 836 | 1,40% |

Démographie des pédiatres en milieu hospitalier

En 2018, 51,8% des pédiatres sont salariés hospitaliers (femmes, 74,5%) (données Data Drees). La SAE¹³ permet d'identifier le nombre de pédiatres et le nombre d'équivalent temps plein (ETP) moyen annuel dans les services d'urgence, de l'approcher dans les unités de pédiatrie (sans

¹³ Statistique annuelle des établissements de santé <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>

distinction de spécialité), les unités de réanimation pédiatrique, néonatale et la néonatalogie. La donnée relevée est le nombre de médecins (hors internes) concourant à l'activité médicale de l'unité dont le nombre de pédiatres (il peut donc s'agir de pédiatres à activité mixte, libérale/hospitalière).

- unité de pédiatrie (bordereau MCO, SAE)

Dans les établissements de santé, publics, privés à but lucratif ou non, le nombre d'équivalent temps plein (ETP) moyen annuel a progressé entre 2013 et 2019 de 18,6% en France métropolitaine avec des variations régionales importantes (cf. tableau 8). Sur la même période, les hospitalisations complètes (Hosp.Comp.) ont augmenté de 11,8% tandis que le nombre de lits *ad hoc* était réduit de 3% ; les hospitalisations partielles (Hosp. Part.) ont diminué de 10,3% tandis que les lits dédiés augmentaient de 12%.

Tableau 8 – Capacités en lits d'hospitalisations pédiatriques, séjours en 2013 et 2019 et effectifs pédiatres selon les régions

| | Hospitalisation | | Pédiatres | | | | #2019 /2013 | Séjours | | #2019 2013 | |
|------------------------------|-----------------|-------|-----------|-------------|----------------|---------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | Complète | Part | Tps plein | Tps partiel | Taux Tps plein | ETP Moy | | Hosp Comp. | Hosp. Part. | Hosp Comp. | Hosp. Part. |
| Capacités Lits Hosp Ped 2019 | | | | | | | | | | | |
| France métropolitaine | 8348 | 1411 | 1408 | 1511 | 48% | 1751,9 | 18,6% | 695896 | 303123 | 11,8% | -10,3% |
| Auvergne-Rhône Alpes | 1128 | 191 | 170 | 241 | 41% | 231,1 | 50,5% | 84517 | 39588 | 8,6% | -16,8% |
| Bretagne | 307 | 31 | 70 | 67 | 51% | 79,9 | 38,2% | 30495 | 8319 | 20,2% | -14,5% |
| Bourgogne-Franche-Comté | 329 | 44 | 40 | 62 | 39% | 47,9 | -24,8% | 31961 | 8911 | 15,0% | -11,6% |
| Centre-Val de Loire | 310 | 40 | 44 | 79 | 36% | 59,3 | 61,6% | 24991 | 6915 | 10,6% | -30,6% |
| Grand Est | 719 | 135 | 177 | 121 | 59% | 154,8 | 45,5% | 53164 | 25725 | -1,5% | -11,6% |
| Hauts de France | 747 | 131 | 141 | 146 | 49% | 185,3 | -8,4% | 82983 | 29400 | 10,0% | -0,5% |
| Île-de-France | 2052 | 315 | 294 | 274 | 52% | 387,2 | 15,6% | 146128 | 76781 | 18,3% | -4,0% |
| Normandie | 571 | 77 | 99 | 58 | 63% | 107,3 | 23,1% | 39731 | 13268 | 9,2% | -3,9% |
| Nouvelle-Aquitaine | 552 | 107 | 131 | 90 | 59% | 149,0 | 29,2% | 53749 | 20743 | 17,0% | 0,0% |
| Occitanie | 584 | 145 | 105 | 153 | 41% | 151,7 | 13,8% | 52251 | 33058 | 18,1% | -12,3% |
| Pays de la Loire | 359 | 67 | 63 | 68 | 48% | 61,6 | -6,9% | 36034 | 16966 | 17,5% | -7,9% |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 690 | 128 | 70 | 147 | 32% | 128,5 | 6,6% | 57034 | 23434 | 1,2% | -24,3% |
| | Hospitalisation | | Pédiatres | | | | | Séjours | | | |
| Capacités Lits Hosp Ped 2013 | Complète | Part. | Tps plein | Tps partiel | Taux Tps plein | ETP Moy | | Hosp Comp. | Hosp. Part. | | |
| France métropolitaine | 8616 | 1259 | 1582 | 913 | 63,4% | 1477,6 | | 622449 | 338040 | | |
| Auvergne-Rhône Alpes | 958 | 143 | 137 | 121 | 53,1% | 153,6 | | 77828 | 47592 | | |
| Bretagne | 336 | 37 | 68 | 26 | 72,3% | 57,8 | | 25378 | 9725 | | |
| Bourgogne-Franche-Comté | 387 | 38 | 80 | 37 | 68,4% | 63,7 | | 27784 | 10076 | | |
| Centre-Val de Loire | 311 | 57 | 43 | 17 | 71,7% | 36,7 | | 22586 | 9965 | | |
| Grand Est | 811 | 128 | 136 | 91 | 59,9% | 106,4 | | 53950 | 29115 | | |
| Hauts de France | 894 | 133 | 223 | 83 | 72,9% | 202,2 | | 75453 | 29541 | | |
| Île-de-France | 1959 | 273 | 324 | 236 | 57,9% | 334,9 | | 123493 | 79977 | | |
| Normandie | 597 | 55 | 101 | 36 | 73,7% | 87,2 | | 36399 | 13807 | | |
| Nouvelle-Aquitaine | 666 | 95 | 123 | 53 | 69,9% | 115,3 | | 45940 | 20742 | | |
| Occitanie | 537 | 121 | 130 | 76 | 63,1% | 133,3 | | 44228 | 37676 | | |
| Pays de la Loire | 370 | 55 | 92 | 42 | 68,7% | 66,2 | | 30656 | 18418 | | |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 757 | 123 | 122 | 92 | 57,0% | 120,5 | | 56367 | 30955 | | |

En CHU-/CHR, le nombre annuel moyen d'ETP de pédiatres varie de 6,65 (CHR Orléans) à 171,14 (AP-HP), pour un nombre de pédiatres entre 10 et 260 dont en moyenne 41,3% d'activité à temps partiel (médiane 32%). Soit 1 ETP pédiatre pour 246 à 2 606 séjours.

Tableau 9 – Effectifs temps plein (Tp)** et temps partiel (Tpar)** en pédiatres en CHU/CHR selon le nombre de lits, le nombre de séjours en hospitalisation complète (HC)* et de semaine (HS)* (source SAE)

| CHU/CHR 2018 | Lits installés | | Séjours | | Journées | Pers Med hors internes | | | dont Pédiatres | | | | Rapport ETP Ped /Nbre Séjours |
|------------------|----------------|-------|-------------|--------|----------|------------------------|-----|------------|----------------|-----|---------------|------------|----------------------------------|
| | HC/HS | Total | HC/HS* | Tot | | Tp/Tpar** | Tot | ETP moy | Tp/Tpar | Tot | Taux Tpart | ETP moy | |
| Pédiatrie | | | | | | | | | | | | | |
| Poitiers | 38/3 | 41 | 4915/730 | 5645 | 11954 | 14/20 | 34 | 28,3 | 13/12 | 25 | 48,0 | 22,94 | 246,08 |
| Clermont-Ferrand | 68/18 | 86 | 4281/132 | 4413 | 17485 | 23/2 | 25 | 17,77 | 17/2 | 19 | 10,5 | 13,07 | 337,64 |
| Tours | 127/23 | 150 | 7878/3982 | 11860 | 23023 | 63/41 | 104 | 62,24 | 30/18 | 48 | 37,5 | 33,3 | 356,16 |
| Strasbourg | 106/33 | 139 | 6982/4570 | 11552 | 26685 | 58/17 | 75 | 38,4 | 37/16 | 53 | 30,2 | 30,6 | 377,52 |
| Grenoble | 91/23 | 114 | 8108/6388 | 14496 | 26203 | 22/57 | 79 | 51,84 | 15/35 | 50 | 70,0 | 35,58 | 407,42 |
| Rouen | 205/40 | 245 | 8427/7362 | 15789 | 28916 | 55/16 | 71 | 39,31 | 34/13 | 47 | 27,6 | 30,66 | 514,97 |
| Montpellier | 106/28 | 134 | 10651/6941 | 17592 | 28107 | 41/84 | 125 | 47,33 | 30/46 | 76 | 60,5 | 33,71 | 521,86 |
| Limoges | 80/19 | 99 | 4621/3239 | 7860 | 11315 | 35/3 | 38 | 23,65 | 21/1 | 22 | 4,5 | 14,82 | 530,36 |
| Metz | 52/5 | 57 | 3843/953 | 4796 | 13271 | 17/8 | 25 | 8,8 | 17/8 | 25 | 32,0 | 8,8 | 545,00 |
| Besançon | 67/20 | 87 | 5000/3688 | 8688 | 16350 | 0/40 | 40 | 14,61 | 0/39 | 39 | 100,0 | 14,21 | 611,40 |
| Nancy | 101/32 | 133 | 9734/7528 | 17262 | 28051 | 75/31 | 106 | 46,4 | 40/17 | 57 | 29,8 | 28,09 | 614,52 |
| Nîmes | 40/9 | 49 | 3728/1514 | 5242 | 7091 | 9/3 | 12 | 9,15 | 9/1 | 10 | 10,0 | 8,26 | 634,62 |
| Rennes | 82/6 | 88 | 6907/1346 | 8253 | 22718 | 63/19 | 82 | 18,26 | 24/10 | 34 | 29,4 | 12,91 | 639,27 |
| Paris-AP-HP | 1170/203 | 1373 | 68148/45580 | 113728 | 243527 | 457/444 | 901 | 603,26 | 116/144 | 260 | 55,4 | 171,14 | 664,53 |
| Angers | 62/12 | 74 | 6305/2906 | 9211 | 15463 | 8/28 | 36 | 16,28 | 6/20 | 26 | 76,9 | 12,46 | 739,25 |
| Caen | 70/15 | 85 | 5816/2947 | 8763 | 17354 | 23/6 | 29 | 16,81 | 16/5 | 21 | 23,8 | 11,63 | 753,48 |
| Amiens | 97/15 | 112 | 7508/3551 | 11059 | 22227 | 12/25 | 37 | 16,19 | 11/22 | 32 | 68,7 | 14,02 | 788,80 |
| Lyon | 365/94 | 459 | 17428/23566 | 40994 | 70678 | 44/81 | 125 | 74,35 | 32/56 | 88 | 63,6 | 51,2 | 800,66 |
| Bordeaux | 134/35 | 169 | 14978/10606 | 25584 | 48981 | 36/30 | 66 | 43 | 30/14 | 44 | 31,8 | 31,8 | 804,53 |
| Lille | 67/26 | 93 | 13962/9715 | 23677 | 39243 | 35/2 | 37 | 37,41 | 28/2 | 30 | 6,7 | 28,37 | 834,58 |
| St Etienne | 65/8 | 73 | 6036/2963 | 8999 | 16004 | 43/7 | 50 | 15,46 | 28/5 | 33 | 15,2 | 10,21 | 881,39 |
| Dijon | 50/10 | 60 | 4885/4160 | 9045 | 16763 | 28/0 | 28 | 18,82 | 22/0 | 22 | 0,0 | 9,63 | 939,25 |
| Nantes | 111/29 | 140 | 9931/8041 | 17972 | 33539 | 43/26 | 69 | 27,67 | 28/15 | 43 | 34,9 | 18,35 | 979,40 |
| Toulouse | 195/53 | 248 | 15611/12984 | 28595 | 46060 | 17/65 | 82 | 44,13 | 12/36 | 48 | 75,0 | 28,3 | 1010,42 |
| Orléans | 55/6 | 61 | 5267/2020 | 7287 | 13227 | 7/32 | 39 | 12 | 1/19 | 20 | 95,0 | 6,65 | 1095,79 |
| Reims | 58/15 | 73 | 5008/4032 | 9040 | 16190 | 34/3 | 37 | 15,84 | 22/3 | 25 | 12,0 | 7,99 | 1131,41 |
| Marseille | 250/82 | 332 | 15788/57068 | 72856 | ns | 20/52 | 72 | 32,81 | 19/38 | 57 | 66,7 | 27,95 | 2606,65 |
| Nice | ns | ns | ns | ns | ns | ns | Ns | ns | ns | Ns | ns | ns | ns |
| Brest | 58/5 | 63 | 6239/3163 | 9402 | 16471 | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns |

- unités de réanimation pédiatrique

L'analyse de ces unités est rendue complexe par le fait que certaines unités sont exclusivement pédiatriques, d'autres exclusivement néonatales et d'autres sont mixtes (les lits de réanimation néonatale sont alors soustraits et décomptés dans le bordereau Périnatalité de la SAE). Les lits de soins intensifs (SI) ne distinguent pas, dans le bordereau SAE, les lits de SI pour les patients pédiatriques, ils sont exprimés « tous âges confondus ». Le personnel médical et infirmier spécialisé ou non correspond au personnel concourant à l'activité de l'unité d'où l'écart important parfois entre ETP et ETP moyen annuel particulièrement pour les médecins (certains médecins participent uniquement au tableau de garde et leur activité principale s'effectue dans une autre spécialité pédiatrique).

En 2018, la France métropolitaine comptait 343 lits de réanimation pédiatrique en établissements publics et 21 lits en établissements privés à but lucratif (BL) (Alpes Maritimes (n=5) et Hauts-de-

Seine (n=16)) ; 766 lits de soins continus. Le détail de la répartition de ces lits en CHU ainsi que les ETP de pédiatres, d'infirmières spécialisées et non spécialisées figure dans les tableaux A et B en Annexes. Les tableaux 10 et 11 ci-après résument la répartition des lits de réanimation pédiatrique et soins continus selon les grandes régions et selon les CHU.

Tableau 10-Capacités en lits de réanimations pédiatriques et surveillance continue des établissements publics, privés à but non lucratifs (BNL) et à but lucratif (BL) selon les régions (source SAE)

| Capacités | Nombre de lits | | | | | | | | Population |
|----------------------------|-------------------------|-----------|----------|-------|-----------------------|-----------|----------|-------|------------|
| | Réanimation pédiatrique | | | | Surveillance continue | | | | Total |
| Grandes régions 2018 | Public | Privé BNL | Privé BL | Total | Public | Privé BNL | Privé BL | Total | <15 ans |
| Libellé | | | | | | | | | |
| France entière | 361 | 0 | 21 | 382 | 745 | 2 | 42 | 789 | |
| France métropolitaine | 343 | 0 | 21 | 364 | 722 | 2 | 42 | 766 | 10 403 428 |
| Auvergne-Rhône Alpes | 50 | 0 | 0 | 50 | 103 | 0 | 0 | 103 | 1 444 194 |
| Bretagne | 9 | 0 | 0 | 9 | 21 | 0 | 0 | 21 | 460 391 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 9 | 0 | 0 | 9 | 25 | 0 | 0 | 25 | 563 743 |
| Centre-Val de Loire | 11 | 0 | 0 | 11 | 40 | 0 | 0 | 40 | 444 432 |
| Grand Est | 30 | 0 | 0 | 30 | 73 | 0 | 0 | 73 | 925 908 |
| Hauts de France | 22 | 0 | 0 | 22 | 93 | 0 | 4 | 97 | 1 128 622 |
| Île-de-France | 112 | 0 | 16 | 128 | 186 | 0 | 26 | 212 | 1 429 562 |
| Normandie | 18 | 0 | 0 | 18 | 40 | 0 | 0 | 40 | 575 133 |
| Nouvelle-Aquitaine | 19 | 0 | 0 | 19 | 33 | 0 | 0 | 33 | 928 839 |
| Occitanie | 16 | 0 | 0 | 16 | 36 | 2 | 0 | 38 | 971 706 |
| Pays de la Loire | 19 | 0 | 0 | 19 | 23 | 0 | 0 | 23 | 687 926 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 28 | 0 | 5 | 33 | 49 | 0 | 12 | 61 | 842 972 |

La France métropolitaine compte 3,5 lits de réanimation pédiatrique pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans, et 7,4 lits de soins continus. Cette densité selon les grandes régions varie de 1,6 à 9 pour les lits de réanimation pédiatrique et de 3,3 à 14,8 pour les lits de soins continus. Il existe des écarts entre régions : par exemple, la densité en lits de réanimation pédiatrique est très supérieure en Normandie comparée à la région Occitanie pour une population pédiatrique quasi deux fois moindre ou avec la région Bourgogne-Franche-Comté à population équivalente.

Tableau 11 - Capacités en lits de réanimations pédiatriques et soins continus rapportés à la population pédiatrique (âge<15ans) par région

| Capacités | Nombre de lits | | Population | Densité lits Réanimation | Densité lits Soins continus |
|----------------------------|-------------------------|----------------|--------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | Réanimation pédiatrique | Soins continus | Total âge < 15 ans | | |
| Grandes régions 2018 | Total | Total | | | |
| Libellé | | | | | |
| France entière | 382 | 789 | | | |
| France métropolitaine | 364 | 766 | 10 403 428 | 3,5 | 7,4 |
| Auvergne-Rhône Alpes | 50 | 103 | 1 444 194 | 3,5 | 7,1 |
| Bretagne | 9 | 21 | 460 391 | 2,0 | 4,6 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 9 | 25 | 563 743 | 1,6 | 4,4 |
| Centre-Val de Loire | 11 | 40 | 444 432 | 2,5 | 9,0 |
| Grand Est | 30 | 73 | 925 908 | 3,2 | 7,9 |
| Hauts de France | 22 | 97 | 1 128 622 | 1,9 | 8,6 |
| Île-de-France | 128 | 212 | 1 429 562 | 9,0 | 14,8 |
| Normandie | 18 | 40 | 575 133 | 3,1 | 7,0 |
| Nouvelle-Aquitaine | 19 | 33 | 928 839 | 2,0 | 3,6 |
| Occitanie | 16 | 38 | 971 706 | 1,6 | 3,9 |
| Pays de la Loire | 19 | 23 | 687 926 | 2,8 | 3,3 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 33 | 61 | 842 972 | 3,9 | 7,2 |

Tableau 12 - Activité des réanimations pédiatriques en établissements publics en 2019 et effectifs médicaux et infirmiers spécialisés ou non (source SAE)

| | |
|----------------|---|
| Etabl. Publics | Lits de réanimation pédiatrique au 31 décembre 2018 |
|----------------|---|

| CHU 2019 | Enfants | | | ETPMéd* | | | ETPInfSpé** | | | ETPInfnonSpé*** | | |
|------------------|---------|---------|----------|---------|------|--------|-------------|------|--------|-----------------|------|--------|
| | Lits | Séjours | Journées | Tpl | Tpar | ETPmoy | Tpl | Tpar | ETPmoy | Tpl | Tpar | ETPmoy |
| Total | 307 | 15942 | 89991 | 194 | 86 | 150,6 | 240 | 86 | 279,7 | 418 | 137 | 508 |
| Amiens | 8 | 255 | 1566 | 0 | 5 | 2,1 | 0 | 4 | 1,6 | 4 | 3 | 5,8 |
| Angers | 5 | 311 | 1640 | 1 | 2 | 2,2 | 2 | 1 | 2,8 | 4 | 8 | 9,3 |
| Besançon | 3 | 193 | 1557 | 0 | 7 | 1 | 0 | 1 | 0,2 | 4 | 3 | 6,2 |
| Bordeaux | 12 | 682 | 4893 | 10 | 1 | 7,3 | 2 | 0 | 0,8 | 46 | 16 | 42,9 |
| Brest | 3 | 170 | 800 | 0 | | - | - | - | - | - | - | - |
| Caen | 8 | 193 | 1262 | 3 | 2 | 4,2 | 6 | 7 | 9,9 | 4 | 0 | 2,2 |
| Clermont-Ferrand | 4 | 316 | 1617 | 7 | 1 | 5,5 | 3 | 2 | 4,8 | 3 | 1 | 3,8 |
| Dijon | 6 | 450 | 2080 | 5 | 0 | 3,1 | - | - | - | - | - | - |
| Grenoble | 8 | 528 | 2979 | 3 | 10 | 6,9 | 16 | 4 | 16,9 | 5 | 6 | 12,2 |
| Lille | 14 | 757 | 3597 | 9 | 1 | 6,9 | 22 | 4 | 24,3 | 12 | 3 | 15 |
| Limoges | 2 | 92 | 432 | 8 | 0 | 1,6 | 1 | 1 | 2,1 | 1 | 0 | 1 |
| Lyon | 30 | 1651 | 10298 | 8 | 8 | 15,4 | 26 | 7 | 35,2 | 28 | 10 | 52,8 |
| Marseille/APHM | 16 | 948 | 4856 | 12 | 7 | 10,1 | 22 | 1 | 17,4 | 37 | 0 | 32,1 |
| Metz | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Montpellier | 4 | 431 | 2071 | 0 | 3 | 0,6 | 10 | 4 | 11,9 | 2 | 1 | 2,5 |
| Nancy | 12 | 657 | 3865 | 17 | 2 | 3,5 | 11 | 8 | 13,6 | 18 | 7 | 17,6 |
| Nantes | 10 | 656 | 3380 | 5 | 1 | 3,9 | - | - | 4,3 | - | - | 45,8 |
| Nice | 5 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Nîmes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Orléans | 4 | 178 | 760 | 6 | 3 | 1,2 | 5 | 2 | 4,5 | 5 | 0 | 3,4 |
| Paris/APHP | 88 | 4314 | 25332 | 40 | 10 | 39,8 | 50 | 8 | 54,3 | 156 | 30 | 166,9 |
| Poitiers | 3 | 216 | 1185 | 0 | 11 | 3,9 | 10 | 5 | 2,3 | 25 | 13 | 6,4 |
| Reims | 6 | 223 | 1304 | 6 | 2 | 1,7 | - | - | - | - | - | - |
| Rennes | 6 | 302 | 1666 | 18 | 7 | 6,2 | 6 | 3 | 9,3 | 10 | 3 | 11,3 |
| Rouen | 10 | 497 | 2637 | 14 | 0 | 5,6 | 6 | 6 | 11,7 | 9 | 14 | 19,9 |
| St Etienne | 8 | 446 | 2040 | 10 | 1 | 3,1 | 5 | 0 | 5,7 | 21 | 5 | 19,2 |
| Strasbourg | 12 | 474 | 2302 | 5 | 2 | 3,6 | 17 | 14 | 23,9 | 10 | 6 | 13 |
| Toulouse | 12 | 589 | 3828 | | | 6,5 | 13 | 3 | 15,5 | 1 | 0 | 0,5 |
| Tours | 8 | 413 | 2044 | 7 | 0 | 4,7 | 7 | 1 | 6,7 | 13 | 8 | 18,2 |

*ETPMéd Equivalent temps plein médecins – **ETPInfSpé ETP infirmières spécialisées – ***ETPInfnonSpé ETP infirmières non spécialisées

- unités réanimation néonatale et de néonatalogie (nouveau-nés âgés de moins de 28 jours)

La France métropolitaine dénombre 2 413 lits de néonatalogie dont 1 023 de soins intensifs et 594 lits de réanimation néonatale. Le détail de cette distribution par département est fourni en Annexes (tableau C). A nombre de naissances annuelles équivalent (exemple du Grand Est et de PACA), le nombre de lits de néonatalogie est variable et celui de réanimation néonatale peut aller du simple au double. Ainsi, la région Occitanie comparée aux deux précédentes semble sous-dotée en lits de réanimation néonatale (n=40) alors que le nombre de naissances est supérieur (Tableau 13 infra). En ce qui concerne l'effectif d'infirmiers, seul le nombre d'ETP moyen annuel et le temps plein/partiel sont précisés, il n'est pas possible de calculer à l'échelle de ces secteurs très spécialisés de ratio entre le nombre de puéricultrices et celui des IDE non puéricultrices via les données de ce bordereau « Périnatalité » de la SAE.

Tableau 13 – Capacités en lits de néonatalogie, activités (séjours) et effectifs de puéricultrices, de pédiatres selon le nombre de naissances par région

| Région | Lits | | | Séjours | | | Puéricultrices | | ETP moy | Pédiatres | | ETP moy | Naissances |
|--------|--------|---------|-----|---------|----|-----|----------------|----------|---------|-----------|---------|---------|------------|
| | Néonat | dont SI | Réa | Néonat | SI | Réa | Tps pl | Tps part | | Tps pl | Tps par | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------|------|-----|--------|-------|-------|------|------|------|------|------|------|--------|
| France entière | 2824 | 1223 | 726 | 114439 | 35619 | 21759 | 3261 | 2107 | 4440 | 1442 | 1597 | 1825 | |
| France métropolitaine | 2678 | 1134 | 665 | 113400 | 33438 | 20161 | 3033 | 2050 | 4165 | 1385 | 1545 | 1745 | 717795 |
| Auvergne-Rhône Alpes | 343 | 119 | 71 | 16064 | 3021 | 1924 | 364 | 233 | 491 | 120 | 206 | 181 | 90297 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 110 | 61 | 22 | 4938 | 1441 | 564 | 155 | 96 | 221 | 56 | 55 | 55 | 26840 |
| Bretagne | 141 | 52 | 30 | 5835 | 1095 | 868 | 172 | 156 | 242 | 65 | 68 | 73 | 31701 |
| Centre-Val de Loire | 103 | 33 | 30 | 3563 | 1133 | 591 | 69 | 60 | 105 | 73 | 91 | 88 | 26093 |
| Grand Est | 202 | 121 | 66 | 8842 | 3693 | 1688 | 278 | 220 | 412 | 136 | 114 | 138 | 55580 |
| Hauts de France | 276 | 131 | 67 | 13204 | 4074 | 1947 | 337 | 381 | 559 | 154 | 117 | 171 | 67913 |
| Île-de-France | 660 | 276 | 179 | 27077 | 8306 | 5882 | 641 | 159 | 727 | 342 | 273 | 445 | 174439 |
| Normandie | 128 | 58 | 34 | 5782 | 1718 | 929 | 102 | 121 | 186 | 80 | 64 | 98 | 34047 |
| Nouvelle-Aquitaine | 201 | 92 | 50 | 6393 | 2512 | 1938 | 242 | 158 | 335 | 86 | 118 | 108 | 53680 |
| Occitanie | 202 | 64 | 40 | 7343 | 1911 | 1337 | 329 | 158 | 372 | 138 | 150 | 181 | 58106 |
| Pays de la Loire | 127 | 54 | 41 | 4675 | 1768 | 982 | 127 | 198 | 235 | 61 | 77 | 64 | 39739 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 185 | 73 | 35 | 9684 | 2766 | 1511 | 217 | 110 | 280 | 74 | 212 | 143 | 56506 |

- services d'urgences pédiatriques

En France métropolitaine, en 2019 (données SAE), 2 230 555 enfants âgés de moins de 15 ans ont été admis dans une structure d'urgence (SU) générant 266 032 hospitalisations – 63,3% des passages l'ont été dans un service d'urgence (SU) pédiatrique d'un des CHU/CHR (cf. tableau 14 infra). Ces admissions pédiatriques en SU représentent en moyenne 30% de la totalité des admissions en CHU/CHR (18,4 à 40,1%). Douze SU pédiatriques (41%) accueillent 30 000 passages ou moins, cinq d'entre eux plus de 50 000 (Paris, Lyon, Marseille, Nice, Toulouse). Hors Paris, les effectifs de pédiatres, dans ces quatre CHU, sont faibles à très faibles, de même que leur effectif total en regard de leurs admissions (Lyon 18,8 ETP, Nice 11,7 ETP et Toulouse 10,6 ETP, Marseille 8 ETP).

L'effectif de pédiatres constitue 17,5% (6,7 à 28,2%) de la totalité des ETP des services d'urgences (cf. tableau 14 ci-après). Une des raisons réside dans un fonctionnement en temps posté horaire en SU Adultes (39h par semaine, soit 35h dans les soins et 4h hors soins), en demi-journées encore pour la plupart des SU pédiatriques (10 demi-journées hebdomadaires). Cependant, il existe des écarts d'effectifs très importants à nombre de passages équivalents entre SU Adultes et SU pédiatriques. Si tous les SU pédiatriques passent à un fonctionnement en temps posté horaire, le déficit en ETP à compenser serait en moyenne de 9 ETP par SU (3,6 à 18,4 ETP) selon les effectifs préconisés par Samu-Urgences de France en 2011¹⁴. Les SU pédiatriques pour lesquels le différentiel est inférieur à 7ETP sont ceux accueillant moins de 35 000 passages.

¹⁴ Samu-Urgences de France. Référentiel – Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence (Samu, Smur, Service des Urgences, UHCD), Novembre 2011. https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/654/sudf_effectifs_medicaux-et-nonmedicaux.pdf

Tableau 14 – Passages en service d'urgence (CHU/CHR) adultes et enfants et effectifs médecins dont pédiatres
(données SAE 2018)

| CHU/CHR 2019 | Passages Adultes | Dont Hospit. | Passages Enfants* | Taux/ Passages totaux | Dont Hospit. | Taux Hospit. | ETP Méd Tp/Tpart | Dont ETP Pédiatres | ETPmoy Médecins annuel | ETPmoy Pédiatres annuel | % ETPmoy Pédiatres /Total | ETP Tot UrgPed |
|------------------|------------------|--------------|-------------------|-----------------------|--------------|--------------|------------------|--------------------|------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------|
| Paris | 878732 | 102988 | 380139 | 30,2% | 23366 | 6,1% | 242/188 | 34/51 | 334,9 | 61,9 | 18,5% | - |
| Lyon | 187375 | 30773 | 95811 | 33,8% | 7639 | 8,0% | 61/34 | 5/6 | 36,2 | 6,6 | 18,2% | 18,8 |
| Marseille | 189718 | 37331 | 75000 | 28,3% | 8221* | 11,0% | 45/38 | 5/6* | 59,6 | 7,44 | 12,5% | 8 |
| Nice | 97920 | 20592 | 60500 | 38,2% | 7550 | 12,5% | 12/48 | 11,7 | 43,8 | 11,7 | 26,7% | 11,7 |
| Toulouse | 118859 | 19073 | 53522 | 31,0% | 6912 | 12,9% | 15/93 | 1/8 | 43,1 | 5,7 | 13,2% | 10,6 |
| Bordeaux | 86931 | 38432 | 45201 | 34,2% | 10268 | 22,7% | 27/49 | 4/7 | 44,5 | 8 | 18,0% | 11,2 |
| Metz | 132000 | 19088 | 44869 | 25,4% | 3048 | 11,0% | 1/71 | 0/21 | 26,6 | 7,5 | 28,2% | - |
| Strasbourg | 86948 | 15401 | 40514 | 31,8% | 4270 | 10,5% | 17/23 | 5/0 | 25,9 | 2,1 | 8,1% | 2,1 |
| Orléans | 65526 | 14652 | 38770 | 37,2% | 4488 | 11,6% | 13/45 | 2/1 | 20,9 | 1,4 | 6,7% | 1,4 |
| Rouen | 109418 | 43423 | 37668 | 25,6% | 6371 | 16,9% | 78/16 | 7/4 | 41,1 | 8 | 19,5% | 8 |
| Nantes | 82455 | 24238 | 35412 | 30,0% | 6173 | 17,4% | 70/32 | 9/3 | 44,6 | 8,5 | 19,1% | 9 |
| Clermont-Ferrand | 56100 | 17545 | 34838 | 38,3% | 3046 | 8,7% | 31/5 | 7/0 | 28,5 | 6 | 21,1% | 6 |
| Grenoble | 92711 | 16828 | 34735 | 27,3% | 5668 | 16,3% | 37/37 | 4/11 | 52,6 | 10,6 | 20,2% | 10,5 |
| Rennes | 80442 | 19035 | 34718 | 30,1% | 4908 | 14,1% | 37/10 | 9/1 | 14,8 | 5,1 | 34,5% | 5,1 |
| Tours | 54211 | 18510 | 32824 | 37,7% | 4500 | 13,7% | 26/6 | 4/4 | 25 | 5,4 | 21,6% | 7,5 |
| Montpellier | 89611 | 12617 | 32323 | 26,5% | 5284 | 16,3% | 20/58 | 1/8 | 35,2 | 5,4 | 15,3% | 5,4 |
| St Etienne | 63879 | 18626 | 31061 | 32,7% | 4597 | 14,8% | 47/8 | 8/4 | 21,8 | 5,1 | 23,4% | 5,1 |
| Limoges | 45597 | 10767 | 30473 | 40,1% | 2398 | 7,9% | 49/1 | 4/1 | 20,3 | 3,5 | 17,2% | 3,5 |
| Reims | 51892 | 9683 | 28732 | 35,6% | 3464 | 12,1% | 19/1 | 6/1 | 7,4 | 1,9 | 25,7% | 1,9 |
| Angers | 58882 | 13285 | 28361 | 32,5% | 4215 | 14,9% | 1/42 | 1/4 | 18,3 | 3,3 | 18,0% | 3,5 |
| Lille | 124738 | 15918 | 28208 | 18,4% | 6053 | 21,5% | 30/4 | 7/3 | 31,9 | 7,2 | 22,6% | 7,2 |
| Nancy | 60174 | 13825 | 27572 | 31,4% | 7062 | 25,6% | 67/15 | 22/9 | 24,8 | 5,7 | 23,0% | 5,7 |
| Brest | 64414 | 21638 | 26938 | 29,5% | 5445 | 20,2% | 40/51 | 1/3 | 36,2 | 2,8 | 7,7% | 2,8 |
| Amiens | 77484 | 21366 | 26723 | 25,6% | 5213 | 19,5% | 14/43 | 1/2 | 27,3 | 2,4 | 8,8% | - |
| Caen | 69622 | 16192 | 25309 | 26,7% | 3879 | 15,3% | 23/10 | 6/4 | 18,4 | 4,3 | 23,4% | 4,3 |
| Dijon | 49634 | 15779 | 22121 | 30,8% | 3126 | 14,1% | 1/56 | 0/15 | 12,9 | 2,9 | 22,5% | 2,9 |
| Nîmes | 88526 | 19275 | 21600 | 19,6% | 3163 | 14,6% | 47/8 | - | 43,8 | - | - | - |
| Besançon | 68596 | 23086 | 19613 | 22,2% | 3595 | 18,3% | 0/140 | 0/30 | 33,2 | 4,5 | 13,6% | 4,5 |
| Poitiers | 66144 | 23483 | 19510 | 22,8% | 3661 | 18,8% | 70/7 | 5/2 | 24,8 | 4,8 | 19,4% | 4,8 |
| Total | 3298539 | 673449 | 1413065 | 30,0% | 159362 | 11,3% | | | 1198,4 | 209,74 | 17,5% | |

* passages < 18 ans – ETP Equivalent temps plein – Hospit. Hospitalisation – Méd médecins – Ped pédiatres – Tot total – Tx taux – Tp temps plein – Tpar temps partiel – UrgPed urgences pédiatriques

3.1.1.3 Evolution démographique des internes en formation

Sur l'année universitaire 2019-20, 327 postes ont été offerts en pédiatrie avec la perspective d'ouvrir des postes supplémentaires d'ici 2023-24 soit 27 postes de plus au niveau national (arrêté du 2 septembre 2019 publié au J.O. du 4 septembre 2019)¹⁵. Compte tenu de la répartition des activités, ce nombre reste très insuffisant pour compenser les départs en retraite des pédiatres libéraux. Par exemple, en Occitanie en 2018, 169 pédiatres âgé(e)s de 60 ans ou plus pourront faire valoir leur droit

¹⁵ Arrêté du 2 septembre 2019 rappelant pour l'année 2019 et projetant pour la période 2020-2023 le nombre d'internes en médecine à former, par spécialité et par centre hospitalier universitaire - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

à la retraite dans les 5 ans ; dans cet intervalle, 114 jeunes pédiatres auront été formés en sachant qu'entre 2006 et 2018, la population pédiatrique de moins de 15 ans aura augmenté de 7,6%.

Tableau 15 – Nombre de postes ouverts d'internes de pédiatrie selon les années universitaires depuis 2016-2017 et projection prévue en 2023-2024

| CHU/Années | 2016 2017 | 2017 2018 | 2018 2019 | 2019 2020 | 2020 2021 | 2021 2022 | 2022 2023 | 2023 2024 | # |
|----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----|
| Auvergne-Rhône-Alpes | 39 | 39 | 38 | 40 | 40 | 40 | 43 | 43 | +4 |
| Clermont-Ferrand | 9 | 9 | 10 | 10 | 10 | 10 | 11 | 11 | +2 |
| Grenoble | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 10 | 10 | +1 |
| Lyon | 16 | 16 | 15 | 16 | 16 | 16 | 17 | 17 | +1 |
| St Etienne | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | - |
| Bourgogne-Franche-Comté | 15 | 15 | 16 | 16 | 16 | 16 | 18 | 18 | +3 |
| Besançon | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 9 | 9 | +1 |
| Dijon | 7 | 7 | 8 | 8 | 8 | 8 | 9 | 9 | +2 |
| Bretagne | 11 | 11 | 12 | 11 | 11 | 11 | 11 | 12 | +1 |
| Brest | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | - |
| Rennes | 7 | 7 | 8 | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 | +1 |
| Centre-Val de Loire | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 9 | 9 | +1 |
| Tours | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 9 | 9 | +1 |
| Grand Est | 28 | 30 | 32 | 30 | 30 | 30 | 32 | 33 | +5 |
| Nancy | 12 | 12 | 13 | 12 | 12 | 12 | 12 | 13 | +1 |
| Reims | 7 | 9 | 10 | 9 | 9 | 9 | 10 | 10 | +3 |
| Strasbourg | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 10 | 10 | +1 |
| Hauts-de-France | 30 | 30 | 30 | 29 | 29 | 29 | 31 | 31 | +1 |
| Amiens | 9 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 11 | 11 | +2 |
| Lille | 21 | 20 | 20 | 19 | 19 | 19 | 20 | 20 | -1 |
| Normandie | 18 | 18 | 21 | 20 | 20 | 21 | 22 | 22 | +4 |
| Caen | 9 | 9 | 10 | 10 | 10 | 10 | 11 | 11 | +2 |
| Rouen | 9 | 9 | 11 | 10 | 10 | 11 | 11 | 11 | +2 |
| Nouvelle-Aquitaine | 22 | 21 | 22 | 22 | 22 | 24 | 24 | 24 | +2 |
| Bordeaux | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 11 | 11 | 11 | +1 |
| Limoges | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | - |
| Poitiers | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 9 | 9 | 9 | +1 |
| Ile-de-France | 84 | 80 | 82 | 81 | 81 | 84 | 85 | 86 | +2 |
| Paris | 84 | 80 | 82 | 81 | 81 | 84 | 85 | 86 | +2 |
| Occitanie | 23 | 21 | 23 | 22 | 22 | 22 | 24 | 24 | +1 |
| Montpellier-Nîmes | 12 | 11 | 12 | 12 | 12 | 12 | 13 | 13 | +1 |
| Toulouse | 11 | 10 | 11 | 10 | 10 | 10 | 11 | 11 | - |
| Pays de la Loire | 14 | 14 | 16 | 15 | 15 | 15 | 16 | 17 | +3 |
| Angers | 7 | 7 | 8 | 8 | 8 | 8 | 9 | 9 | +2 |
| Nantes | 7 | 7 | 8 | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 | +1 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 20 | 18 | 19 | 19 | 19 | 19 | 20 | 20 | - |
| Marseille | 15 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 15 | 15 | - |
| Nice | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | - |
| Total | 312 | 305 | 319 | 313 | 313 | 319 | 335 | 339 | +27 |

L'évolution des postes d'internes offerts en pédiatrie montre une augmentation de 8,6% entre 2020 et 2023-2024, augmentation numérique très substantielle par région comparée au nombre d'internes formés en pédiatrie en 2006-07, alors égal à 876¹⁶. **Le nombre d'internes formés en pédiatrie a été divisé par 3 entre les années universitaires 2006-07 et 2018-19 pour une population en France métropolitaine d'enfants âgés de moins de 15 ans sensiblement identique. La compensation des départs en retraite nécessiterait actuellement la formation d'au moins 600 internes par an (Afpa, dossier de presse 2017)¹⁰.**

Notons que, la région des Hauts-de-France, 3^{ème} région en matière de natalité, est une de celle qui forme le plus d'internes de pédiatrie, a un taux de pédiatres libéraux faible rapporté au nombre de naissance et un nombre total de pédiatres en 5^{ème} position des 12 régions, évoquant une « fuite »

¹⁶Observatoire national de la démographie des personnels de santé – Rapport 2008-2009 – Tome 3. Le renouvellement des effectifs médicaux https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_tome_3_consacre_au_renouvellement_des_effectifs_medicaux.pdf

vers d'autres régions. Cette situation est également connue pour d'autres métiers autour de l'enfance, dans ces mêmes régions, majorant les difficultés de prise en charge des enfants et du suivi de leur santé.

3.1.2. Chirurgie pédiatrique

Les données démographiques de cette spécialité proviennent des données du Conseil national de l'Ordre des médecins (rapport CNOM 2018)⁸, de la Drees (site Data Drees), du Collège national hospitalier et universitaire de chirurgie pédiatrique¹⁷.

Il existe des écarts entre ces données dans la mesure où c'est la qualification ordinale qui est prise en compte pour les uns, le répertoire RPPS pour la Drees et un relevé précis par structures dans les 32 CHU, 30 CHG et 44 établissements privés pour le Collège national. Ainsi, en 2018, la Drees dénombrait 341 praticiens de chirurgie infantile (fichier RPPS) et le Collège via son Observatoire national des postes 524 chirurgiens pédiatriques (273 chirurgiens viscéraux, 224 orthopédistes et 24 plasticiens). La différence réside dans le fait que le Collège qualifie de chirurgien pédiatrique, les praticiens ayant une activité pédiatrique supérieure à 50%. L'exercice reste majoritairement salarié même si la part de l'exercice libéral ou mixte n'a cessé de progresser au cours des années (cf. tableau 16 infra).

Tableau 16 – Mode d'exercice des chirurgiens pédiatriques et répartition hommes-femmes entre 2000 et 2018
(source Data Drees)

| Mode Exercice Source Data Drees | Ensemble Chirurgiens Pédiatriques | Hommes | Femmes | % Femmes | Libéraux /Mixtes | % | Salariés hospitaliers | % | Autres salariés | % |
|------------------------------------|---|--------|--------|-------------|---------------------|------|--------------------------|------|--------------------|-----|
| 2018 | 341 | 176 | 165 | 48,4 | 119 | 34,9 | 210 | 61,6 | 12 | 3,5 |
| 2017 | 308 | 167 | 141 | 45,8 | 118 | 38,3 | 179 | 58,1 | 11 | 3,6 |
| 2016 | 297 | 164 | 133 | 44,8 | 118 | 39,7 | 170 | 57,2 | 9 | 3,0 |
| 2015 | 286 | 167 | 119 | 41,6 | 114 | 39,9 | 164 | 57,3 | 8 | 2,8 |
| 2014 | 275 | 165 | 110 | 40,0 | 109 | 39,6 | 161 | 58,5 | 5 | 1,8 |
| 2013 | 262 | 162 | 100 | 38,2 | 104 | 39,7 | 156 | 59,5 | 2 | 0,8 |
| 2012 | 252 | 157 | 95 | 37,7 | 101 | 40,1 | 149 | 59,1 | 2 | 0,8 |
| 2011 | 177 | 109 | 68 | 38,4 | 34 | 19,2 | 142 | 80,2 | 1 | 0,6 |
| 2010 | 170 | 106 | 64 | 37,6 | 30 | 17,6 | 139 | 81,8 | 1 | 0,6 |
| 2009 | 169 | 108 | 61 | 36,1 | 29 | 17,2 | 139 | 82,2 | 1 | 0,6 |
| 2008 | 159 | 101 | 58 | 36,5 | 26 | 16,4 | 132 | 83,0 | 1 | 0,6 |
| 2007 | 150 | 95 | 55 | 36,7 | 25 | 16,7 | 124 | 82,7 | 1 | 0,7 |
| 2006 | 137 | 89 | 48 | 35,0 | 21 | 15,3 | 116 | 84,7 | 0 | 0,0 |
| 2005 | 129 | 87 | 42 | 32,6 | 21 | 16,3 | 108 | 83,7 | 0 | 0,0 |
| 2004 | 121 | 81 | 40 | 33,1 | 20 | 16,5 | 101 | 83,5 | 1 | 0,8 |
| 2003 | 94 | 60 | 34 | 36,2 | 15 | 16,0 | 78 | 83,0 | 1 | 1,1 |
| 2002 | 81 | 52 | 29 | 35,8 | 11 | 13,6 | 69 | 85,2 | 0 | 0,0 |
| 2001 | 74 | 47 | 27 | 36,5 | 9 | 12,2 | 65 | 87,8 | 0 | 0,0 |
| 2000 | 60 | 42 | 18 | 30,0 | 8 | 13,3 | 52 | 86,7 | 0 | 0,0 |

L'âge moyen des chirurgiens était de 48,3 ans en France métropolitaine en 2018 (44,6 à 53,6 ans selon les régions), la pyramide des âges selon le sexe est en faveur des femmes avant 50 ans (cf. tableau 17 infra). La répartition des effectifs selon le groupe d'âge et le sexe est résumée dans le tableau ci-après.

¹⁷ [Rapport sur la démographie médicale en chirurgie pédiatrique - SFCP \(chirpediatic.fr\)](http://chirpediatic.fr)

Tableau 17-Répartition des chirurgiens pédiatriques selon le groupe d'âge

| AGE (ans) | <30 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69 | ≥70 | Total, n(%) |
|-----------------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|-------------|
| Ensemble / 2018 | 0 | 18 | 63 | 49 | 63 | 58 | 43 | 29 | 14 | 4 | 341 |
| Hommes | 0 | 5 | 25 | 20 | 26 | 34 | 27 | 23 | 12 | 4 | 176(52) |
| Femmes | 0 | 13 | 38 | 29 | 37 | 24 | 16 | 6 | 2 | 0 | 165(48) |
| Salariés Hospitaliers | 0 | 17 | 46 | 32 | 40 | 28 | 25 | 13 | 6 | 3 | 210(62) |
| Ensemble / 2014 | 0 | 15 | 35 | 50 | 64 | 44 | 28 | 26 | 13 | 0 | 275 |
| Hommes | 0 | 8 | 14 | 21 | 38 | 26 | 22 | 23 | 13 | 0 | 165(60) |
| Femmes | 0 | 7 | 11 | 29 | 26 | 18 | 6 | 3 | 0 | 0 | 110(40) |

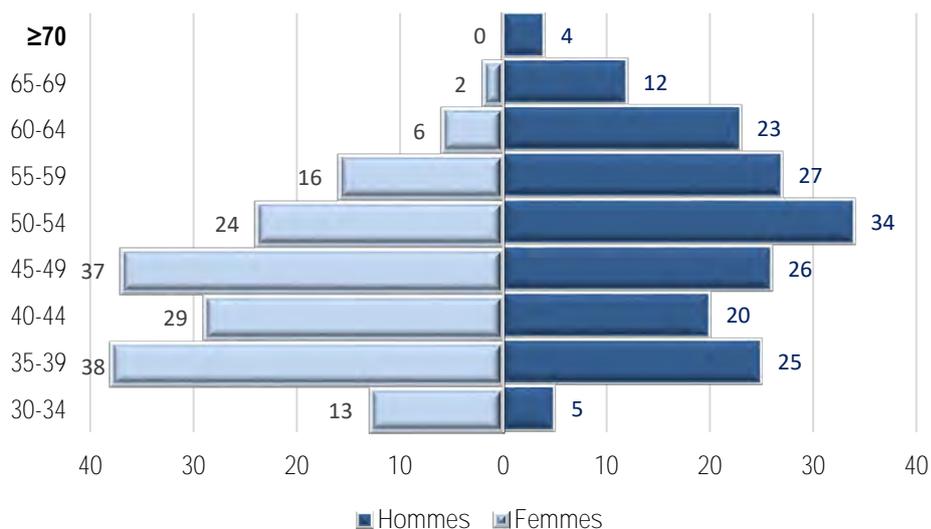


Figure. 5 - Pyramide des âges des chirurgiens pédiatriques (source Drees)

En 2018, selon le Collège, ces chirurgiens étaient 59% d'hommes et 41% de femmes (respectivement 52% et 48% selon la Drees). Si la profession se féminise progressivement (notamment en chirurgie viscérale), l'accès à des postes universitaires élevés conserve une prépondérance masculine : parmi les 72 PU-PH, on compte 61 hommes et 11 femmes, les chiffres étant pour les MCU-PH respectivement 5 et 10.

La densité en chirurgiens pédiatriques selon les régions objective des disparités (cf. infra cartes géographiques 2014 et 2019). Cette densité pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans était en 2018 calculée à 2,9 en France métropolitaine (2,0 à 4,2) (source data Drees). Selon les critères du Collège des chirurgiens, elle est égale à 3,9 au niveau national. La région Bretagne est particulièrement bien dotée (n=22) en comparaison des Hauts-de-France (n=26) par exemple, cette dernière ayant une population cible double de la précédente.

Tableau 18 – Répartition des modes d'exercice et densité de chirurgiens pédiatriques pour la population pédiatrique (âge <15 ans) selon les régions

| Chirurgie pédiatrique 2018 | Ensemble | Libéraux | Mixtes | Salariés hospitaliers | Autres salariés | Pop. <15 ans | Taux/ 100 000 enfants | Moyenne Age |
|----------------------------|----------|----------|--------|-----------------------|-----------------|--------------|-----------------------|-------------|
| France métropolitaine | 339 | 38 | 80 | 209 | 12 | 11 550 137 | 2,9 | 48,3 |
| Auvergne-Rhône Alpes | 40 | 4 | 10 | 25 | 1 | 1 457 637 | 2,7 | 49,9 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 12 | 0 | 5 | 7 | 0 | 475 581 | 2,5 | 50,25 |
| Bretagne | 22 | 0 | 6 | 13 | 3 | 578 100 | 3,8 | 45,55 |
| Centre-Val de Loire | 9 | 0 | 2 | 7 | 0 | 455 309 | 2,0 | 47,33 |
| Grand Est | 25 | 3 | 6 | 16 | 0 | 949 901 | 2,6 | 53,32 |
| Hauts-de-France | 26 | 1 | 4 | 18 | 3 | 1 161 254 | 2,2 | 50,19 |
| Ile-de-France | 74 | 6 | 17 | 50 | 1 | 2 390 443 | 3,1 | 47,59 |
| Normandie | 14 | 2 | 7 | 5 | 0 | 592 338 | 2,4 | 48,07 |
| Nouvelle-Aquitaine | 27 | 7 | 4 | 15 | 1 | 959 383 | 2,8 | 44,15 |
| Occitanie | 23 | 7 | 4 | 11 | 1 | 978 987 | 2,3 | 48,7 |
| Pays de la Loire | 15 | 1 | 3 | 11 | 0 | 701 809 | 2,1 | 44,6 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 36 | 7 | 11 | 16 | 2 | 849 395 | 4,2 | 48,25 |

En Europe, il existe peu de données disponibles sur cette spécialité – L'article de Parigi GB et al. (Eur J Ped Surg 2018)¹⁸ fournit des données datant de 2013, notamment sur le nombre de centres par pays européens effectuant de la chirurgie pédiatrique. Leur moyenne en Europe était de 1 centre pour 177 000 enfants âgés de moins de 15 ans soit 0,6 centre pour 100 000 enfants et de 3,9 chirurgiens pédiatriques pour 100 000 enfants. Selon ce calcul, la France se situait au 15^{ème} rang avec 1 centre pour 234 000 enfants (0,4 centre/100 000), en dessous de la moyenne européenne.

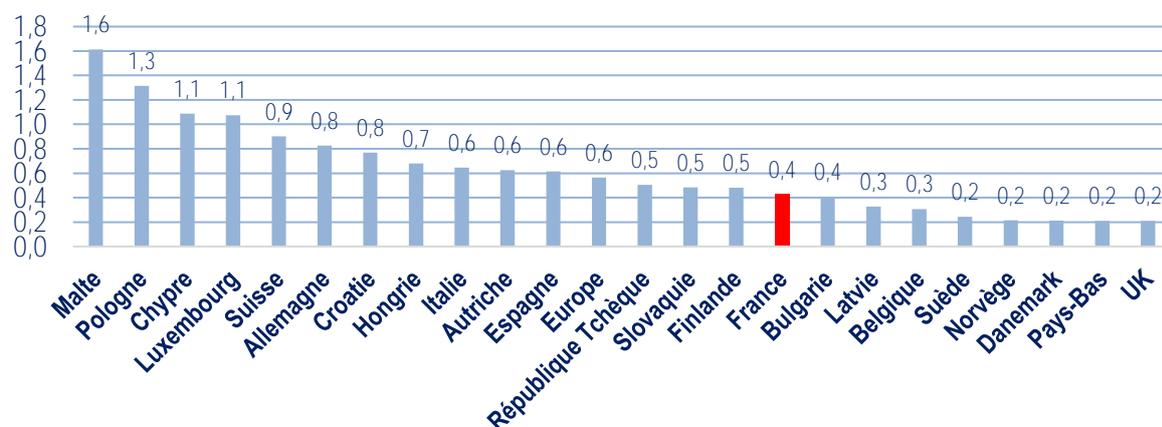


Figure 6 Taux de centres de chirurgie pédiatrique /100 000 enfants (âge ≤14 ans) e, Europe en 2013 (d'après Parigi GB et al J Pediatr Surg 2018)

¹⁸ Parigi GB, Czauderna P, Rolle U, Zachariou Z. European census on pediatric surgery. Eur J Pediatr Surg 2018;28:227–237.

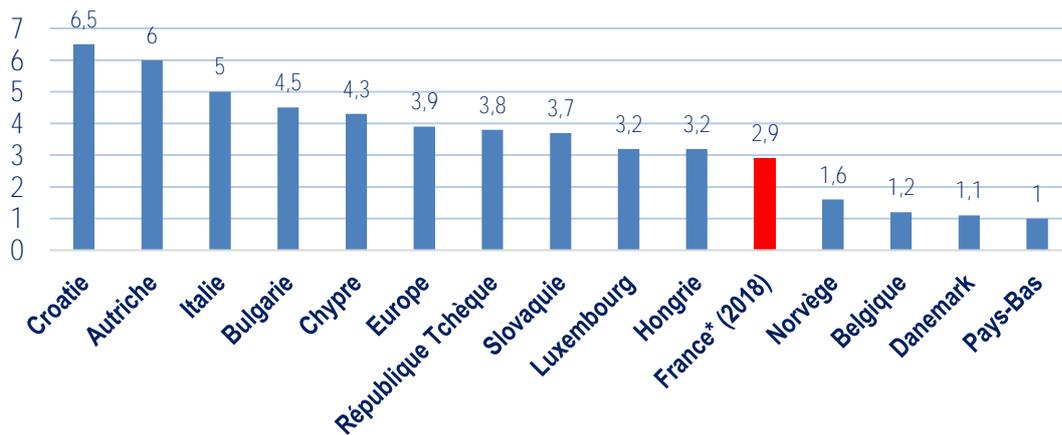


Figure 7- taux de chirurgiens pédiatriques/100 000 enfants en Europe en 2013

Schématiquement, 10 à 13 départs en retraite par an seront enregistrés jusqu'en 2022 (rapport Collège national¹⁹); dans le même temps, il est prévu la formation de 22 internes par année universitaire entre 2019 et 2021 puis 24 internes par an sur les deux années suivantes (arrêté du 2 septembre 2019 publié au J.O. n°205 du 4 septembre 2019).

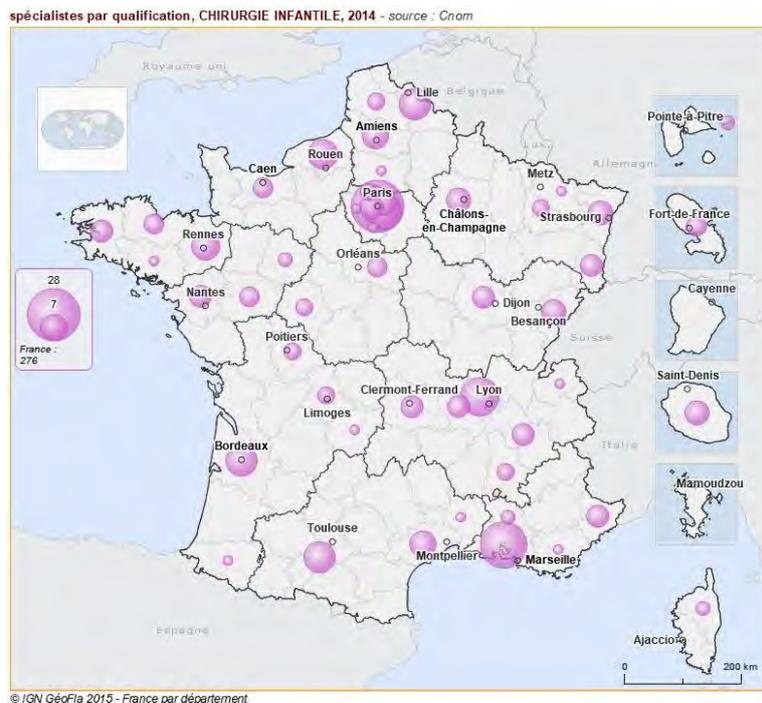


Figure 8- Répartition géographique des chirurgiens pédiatriques en 2014 sur le territoire (source CNOM)

¹⁹ Lechevallier J, Varlet F. Démographie des chirurgiens pédiatres en France en 2014. Impacts sur la stratégie de formation et évolution des modalités de l'exercice. http://www.college-chirped.fr/College_National_Hospitalier_et_Universitaire_de_Chirurgie_Pediatrique/3e_Cycle_-_DES_files/Rapport%20sur%20la%20Démographie%20en%20Chirurgie%20Pédiatrique%20-%20Lechevallier%20-%202005-03-2014.pdf

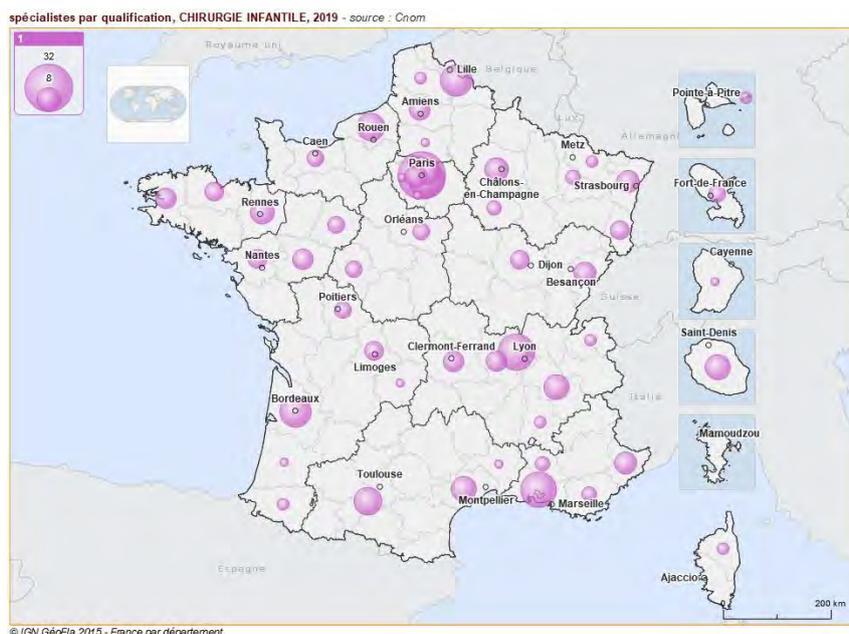


Figure 9 – Répartition géographique des chirurgiens pédiatriques en 2019 sur le territoire (source CNOM)

3.1.3. Pédopsychiatres

La pédopsychiatrie en France vit une situation de crise (rapports Moro²⁰, Amiel⁵). Cette situation est décrite comme un paradoxe et une confusion : paradoxe d'une démographie favorable de psychiatres plaçant la France dans les premiers pays en terme de densité avec 23/100 000 habitants (De 4/100 000 en Turquie à 50/100 000 en Suisse) et de celle des pédopsychiatres dont la densité a été divisée par deux entre 2007 et 2017 ; confusion autour de la qualification qui ne fait pas l'objet d'une spécialité individualisée: si le CNOM dénombre 680 pédopsychiatres, 2000 à 2500 psychiatres déclarent une compétence en pédopsychiatrie. La densité en pédopsychiatres était en moyenne égale à 4 pour 100 000 enfants âgés de moins de 20 ans (rapport IGAS 2018²¹) avec d'importantes disparités nationales (cf. Fig.6 infra).

²⁰Moro MR, Brison JL – Mission bien-être et santé des jeunes (2016) https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_mission_bien-etre_et_sante_des_jeunes_partie_1.pdf

²¹Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des centres médico-psychopédagogiques (CMPP), et des centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ). Rapport Inspection générale des affaires sanitaires (IGAS) 2018. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-005R_version_sept.pdf

Densité de pédopsychiatres libéraux et salariés, 2016 (pour 100 000 jeunes de 0 à 14 ans) - Source : RPPS

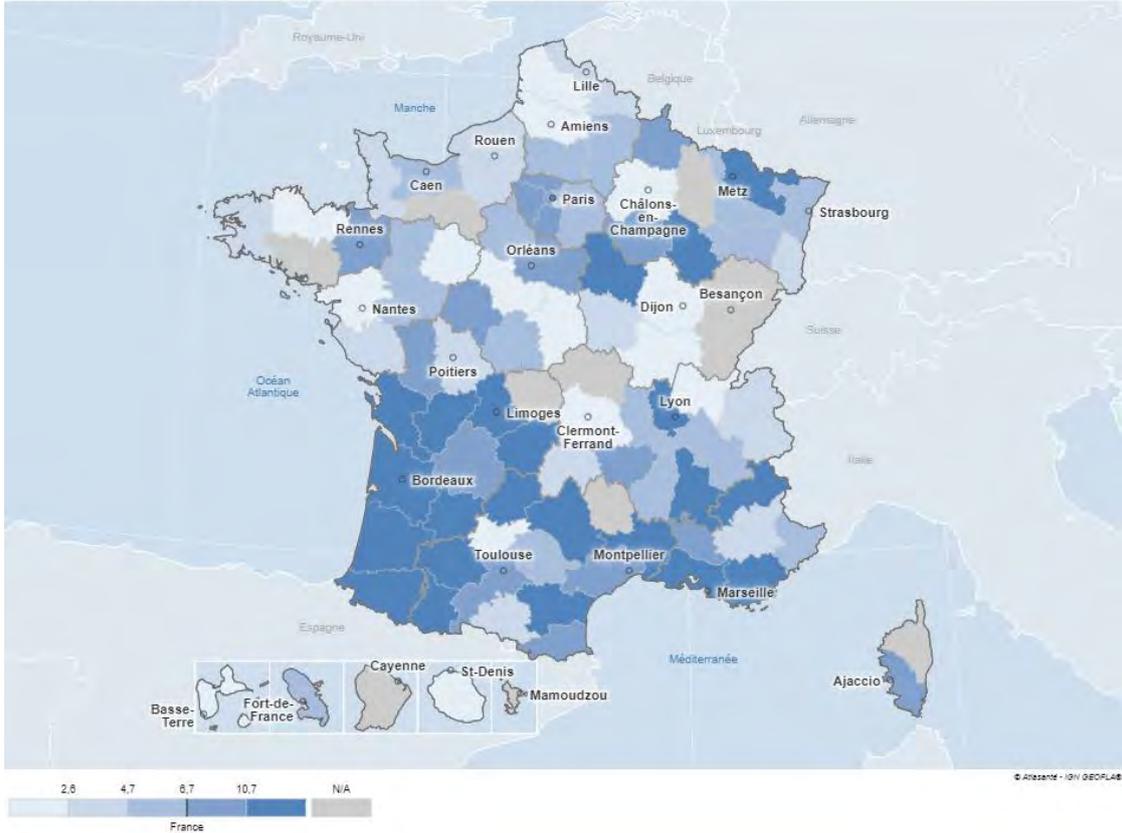


Figure.10 – Densité de pédopsychiatres libéraux et salariés en 2016 (pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans) (source RPPS)

La pyramide des âges n'est pas « favorable » à une évolution : la moyenne d'âge des pédopsychiatres était de 62 ans (taux de féminisation, 53%) en 2018 (rapport IGAS, données CNOM). Parallèlement, la demande et le repérage sont en augmentation – la crise sanitaire actuelle et ses effets collatéraux chez les adolescents et jeunes adultes le prouvent – et les enfants d'âge « cible » sont plus nombreux (rapport Moro 2016)¹⁹. La répartition des pédopsychiatres selon leur mode d'exercice est illustrée par la figure ci-après.

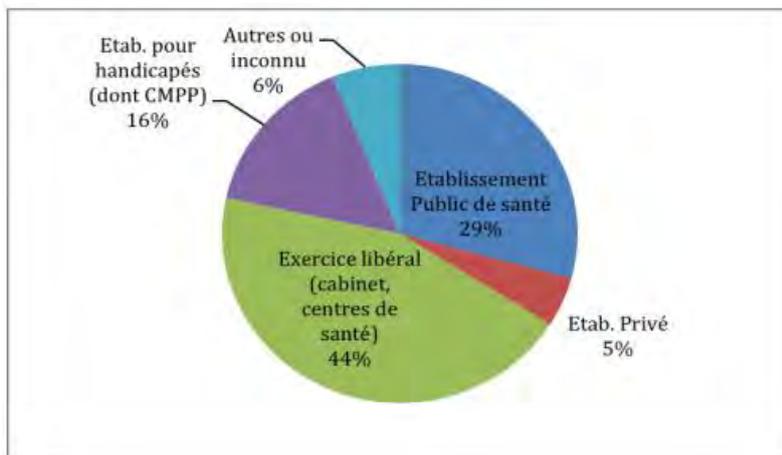


Figure 11- Répartition des médecins déclarant un savoir-faire « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent selon leur lieu d'exercice en 2015 (source : RPPS, traitement DREES)

En établissements sanitaires publics, privés lucratifs ou privés non lucratifs, la répartition des effectifs médicaux en psychiatrie infanto-juvénile, du nombre de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, de la file active de patients (totale, hospitalisation temps plein et ambulatoire), du nombre de lits d'hospitalisation temps plein et d'hospitalisation de jour (HDJ) en 2019 et 2013 (source SAE) et par région figure dans le tableau 19 ci-après.

Entre 2013 et 2019, en France métropolitaine, la population cible âgée de moins de 15 ans a baissé de 2%, le nombre de lits d'hospitalisations de 1,2%, le nombre d'ETP moyen annuel de 1,6% ; parallèlement, les hospitalisations temps plein augmentaient de 10% et la file active totale de 1,2%.

Le taux de lits d'hospitalisation temps plein en psychiatrie (*nombre de lits pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans*) était stable et égal à 19 (De 9,6 en Normandie à 29,6 en Nouvelle-Aquitaine en 2019) ; celui des lits d'HDJ passait de 78,7 à 79,5 (de 55,4 en Auvergne-Rhône-Alpes à 114,2 en Nouvelle-Aquitaine) alors que le nombre de prises en charge ambulatoires diminuait de 1,4%. Les écarts régionaux de ces taux et de l'effectif sont variables et peuvent être très marqués. Par exemple, la Normandie a enregistré une augmentation d'hospitalisation temps plein de +28% et une réduction de 16% de son effectif (ETP moyen annuel) sans augmentation de lits *ad hoc* tandis que la Nouvelle-Aquitaine disposant du taux le plus élevé de lits (hospitalisation temps plein et HDJ) a vu ses hospitalisations être réduites de 13% pour un effectif médecin identique et respectivement une baisse de population cible de -5,7% et -2%.

A l'intérieur des régions (cf. tableau J des Annexes), il existe des disparités départementales.

Tableau 19 – Répartition des effectifs médecins en psychiatrie infanto-juvéniles, du nombre de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, de la file active de patients (totale, hospitalisation temps plein et ambulatoire) le nombre de lits d'hospitalisation temps plein et d'hospitalisation de jour (HDJ) en 2019 et 2013 (source SAE)

| Etablissements publics, privés L et NL / 2019 | | Effectifs | | | File active | | | | Nbre de lits | | Population < 15 ans |
|---|------------------|-------------|------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|--------------|-----------------|-------------|---------------------|
| Psychiatrie infanto-juvénile | Nbre de secteurs | Tps plein | Tps part. | ETP moy | Tot | Ambul. | Hosp. tps plein | %Hosp Tplein | Hosp. Tps plein | HDJ | |
| France hors DROM | 363 | 1380 | 993 | 1763 | 519411 | 458704 | 14477 | 2,8% | 2182 | 9152 | 11513018 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 45 | 129 | 129 | 195,5 | 54857 | 45875 | 1452 | 2,6% | 245 | 804 | 1 451 214 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 15 | 45 | 43 | 62,9 | 21767 | 16797 | 764 | 3,5% | 94 | 466 | 468 618 |
| Bretagne | 16 | 56 | 55 | 79,6 | 21501 | 17698 | 981 | 4,6% | 113 | 597 | 571 134 |
| Centre-Val de Loire | 17 | 41 | 24 | 49,04 | 17622 | 16046 | 645 | 3,7% | 66 | 380 | 450 013 |
| Grand Est | 30 | 106 | 56 | 124,7 | 50317 | 44597 | 1087 | 2,2% | 142 | 803 | 938 335 |
| Hauts-de-France | 48 | 119 | 65 | 143,1 | 54656 | 50979 | 1399 | 2,6% | 189 | 748 | 1 145 263 |
| Ile-de-France | 59 | 392 | 307 | 518,8 | 110824 | 100856 | 3077 | 2,8% | 551 | 1896 | 2 384 529 |
| Normandie | 17 | 82 | 33 | 72,5 | 31215 | 30369 | 331 | 1,1% | 56 | 454 | 583 658 |
| Nouvelle-Aquitaine | 35 | 133 | 76 | 158,9 | 45926 | 40369 | 1536 | 3,3% | 282 | 1087 | 951 881 |
| Occitanie | 34 | 99 | 96 | 147,8 | 47279 | 40362 | 1595 | 3,4% | 175 | 820 | 975 701 |
| Pays de la Loire | 20 | 72 | 44 | 79,9 | 25115 | 22147 | 649 | 2,6% | 85 | 431 | 694 615 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 25 | 92 | 60 | 118,4 | 35907 | 30533 | 876 | 2,4% | 172 | 630 | 846 671 |
| Etablissements publics, privés L et NL / 2013 | | Tps plein | Tps part. | ETP moy | Tot | Ambul. | Hosp. tps plein | %Hosp Tplein | Hosp. Tps plein | HDJ | |
| France hors DROM | 367 | 1541 | 893 | 1791,7 | 513466 | 465033 | 13135 | 2,6% | 2208 | 9238 | 11 744 769 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 30 | 186 | 111 | 210,7 | 61712 | 54863 | 1469 | 2,4% | 276 | 855 | 1 448 380 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 16 | 54 | 38 | 137,3 | 21334 | 17616 | 524 | 2,5% | 87 | 591 | 497 979 |
| Bretagne | 17 | 59 | 63 | 80,8 | 23097 | 20543 | 769 | 3,3% | 121 | 557 | 594 185 |
| Centre-Val de Loire | 17 | 44 | 17 | 48,7 | 17861 | 14893 | 470 | 2,6% | 78 | 424 | 468 798 |
| Grand Est | 20 | 109 | 41 | 125,5 | 48187 | 45030 | 997 | 2,1% | 122 | 849 | 987 953 |
| Hauts-de-France | 35 | 142 | 63 | 152,2 | 56696 | 51335 | 906 | 1,6% | 202 | 828 | 1 198 901 |
| Ile-de-France | 61 | 384 | 307 | 484,6 | 99997 | 90405 | 2774 | 2,8% | 533 | 1771 | 2 372 082 |
| Normandie | 16 | 89 | 24 | 86,6 | 27920 | 25903 | 258 | 0,9% | 55 | 476 | 619 156 |
| Nouvelle-Aquitaine | 44 | 135 | 64 | 158,6 | 46386 | 44250 | 1766 | 3,8% | 282 | 1037 | 971 711 |
| Occitanie | 33 | 121 | 76 | 151,1 | 44889 | 41390 | 945 | 2,1% | 166 | 832 | 974 108 |
| Pays de la Loire | 17 | 77 | 24 | 88,9 | 27786 | 24531 | 792 | 2,9% | 112 | 486 | 711 207 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 28 | 128 | 62 | 135,9 | 35609 | 32464 | 1392 | 3,9% | 162 | 632 | 850 747 |

Il n'existe pas de régulation du nombre d'étudiants s'inscrivant dans le DESC de pédopsychiatrie. La discipline attire mais il y a un décalage entre le faible nombre (et la répartition nationale, un tiers d'entre eux sont concentrés en Ile-de-France) d'encadrants universitaires de la discipline et le nombre d'étudiants à former. Ceci se traduit par une offre réduite de stages limitant leur formation et son équivalence européenne (6 semestres à valider en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent).

En exercice libéral, contrairement à d'autres pays européens, il n'existe pas encore de tarification spécifique à la pédopsychiatrie qui participerait largement à une meilleure attractivité (rapport Amiel⁵).

Le rapport insiste sur la notion d'intégration des pédopsychiatres au sein d'équipe de professions associées et d'interdépendance. « Sans cet écosystème, le pédopsychiatre ne peut pas être efficace ». Ces professions associées sont les psychologues, les infirmier-e-s en secteur psychiatrique, les orthophonistes et disciplines associées (psychomotricien-ne-s, ergothérapeutes). Les psychologues assurent un rôle de prévention et d'orientation vers une prise en charge psychiatrique dans des structures dépourvues de pédopsychiatres, à l'instar des maternités, des crèches, ou des centres de PMI. Compte tenu de la démographie défavorable des pédopsychiatres, les psychologues interviennent depuis les années 1990 aux côtés de pédopsychiatres dans la prise en charge des patients. Cependant, on constate un décalage entre leur place prépondérante dans

le circuit de prise en charge et le fait que leur formation clinique en pédiatrie reste insuffisante comparée à d'autres pays, sans compter l'absence de remboursement de consultation de psychologue clinicien. Il semble que cette situation évolue au cours de l'année 2022²².

Les consultations en ville d'autres professions associées, à l'instar des psychomotriciens ou ergothérapeutes, ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie. Il est impossible de prescrire des prises en charge par les psychologues et les psychomotriciens en libéral, faute de leur remboursement ; les demandes sont faites à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) mais cette prise en charge n'est pas toujours acceptée car l'enfant n'est pas toujours dans le champ du handicap...la possibilité récente de séance de psychothérapie prise en charge pourrait modifier favorablement le suivi de l'enfant, mais les modalités devront être suivies afin de vérifier de l'adéquation avec les besoins.

Depuis la création du diplôme d'Etat polyvalent d'infirmier en 1992, la formation spécifique des infirmiers de secteur psychiatrique n'existe plus. La formation théorique en psychiatrie a ainsi été réduite de 400 heures. Seuls quatre modules de psychiatrie de 90 heures demeurent durant les trois années de la formation, complétés par des stages obligatoires de santé mentale ou de psychiatrie, limités à 280 heures. Les élèves infirmiers ne bénéficient que d'une formation de 10 heures en pédopsychiatrie. Une formation de niveau Master en psychiatrie pour les infirmiers, incluant une formation en pédopsychiatrie est souhaitée et semble donc faire partie des solutions à même de résoudre la tension de prise en charge des enfants dans le domaine psychiatrique.

3.1.4. Santé scolaire (Rapport Cour des Comptes 2020)⁴

La Cour des Comptes a publié en avril 2020 son analyse des médecins et personnels de santé scolaire. Le taux d'encadrement infirmier de l'éducation nationale semble s'être amélioré depuis 2013. **Par contre il se dégrade en termes de médecins pour 75 départements français** avec des situations hétérogènes entre départements au sein d'une même académie. Parmi de nombreux exemples, c'est le cas dans les académies d'Amiens (7 222 élèves par ETP de médecins dans la Somme, 22 293 dans l'Aisne), de Dijon (9 054 en Saône-et-Loire, 27 269 dans l'Yonne), de Grenoble (9 012 en Savoie, 30 484 en Ardèche) ou de Toulouse (8 965 dans l'Aveyron, 29 443 dans le Gers). Il n'est pas fait mention du taux éventuel de pédiatres ou de puéricultrices dans ces effectifs au sein du rapport. Perçus comme peu attractifs, ces postes sont délaissés – Le taux d'occupation moyen en 2018-19 des postes de médecins titulaires était de 69%, en net recul comparé à 2013-2014 (83%). Et l'âge moyen des médecins titulaires est élevé (55 ans en moyenne), 82% de l'effectif a plus de 50 ans.

Tableau 20- Recrutements des médecins par concours depuis 2013 (hors recrutements réservés) Source : MENJ (DGRH) pour les années 2013 à 2018 ; rapport de jury de concours de médecin de l'éducation nationale pour 2019

| Année | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Nb postes offerts | 47 | 47 | 47 | 56 | 150 | 56 | 56 |
| Nb postes pourvus | 21 | 18 | 21 | 31 | 18 | 30 | 24 |
| Taux de couverture (%) | 45 | 38 | 45 | 55 | 12 | 54 | 43 |

Le taux de visite médicale de la 6^{ème} année par les médecins de l'Education nationale en établissements publics variait selon les académies répondantes en 2018-19 entre 7,1% (Rouen) et 40% (Dijon) avec des disparités entre départements au sein d'une même académie. Ce taux était en moyenne égal à 19,7% dans le public (4% dans le privé) versus 25,8% en 2013-2014.

²² [Le remboursement des séances de psychologues - MonPsy - Ministère de la Santé et de la Prévention \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/monpsy/le-remboursement-des-seances-de-psychologues)

Seuls, 12 départements ont déclaré avoir effectué des visites en établissements privés La part des élèves dans leur sixième année n'ayant pas été examiné par un professionnel de santé de l'éducation nationale était en moyenne égale à 52,2% en établissements publics, 93,4% pour le privé (en établissement public selon les académies entre 5,9% (Strasbourg) et 92.9% (Rouen, Limoges)). En raison de l'insuffisance d'effectifs de médecins, les examens de la 6ème année sont effectués par une infirmière.

Le taux de réalisation du bilan de la 12ème année (obligatoire depuis 2015) était en moyenne de 78,4% dans le public (entre 22,7% (Guadeloupe) et 96,5% (Poitiers)) et 1,2% dans le privé (cf. tableaux 21 et 22 infra et plus détaillés tableaux G et H des Annexes).

Tableau 21 - Taux de réalisation de la visite médicale de la 6ème année par les médecins de l'Education nationale (source rapport de la Cour des Comptes 2020)

| France métropolitaine | | | | | | |
|---------------------------|-------------|-------------|---------------------|-------------|------------|-----------------|
| Académies | 2013-2014 | | | 2018-2019 | | |
| | Public (%) | Privé (%) | Non différencié (%) | Public | Privé | Non différencié |
| Moyenne nationale* | 25,8 | 17,4 | 29,5 | 19,7 | 4,0 | 18,6 |
| Aix-Marseille | 45,7 | 46,0 | | 32,5 | 1,8 | |
| Amiens | 34,2 | 0,0 | | 12,2 | 0,0 | |
| Besançon | ND | ND | 16,9 | 18,5 | 0,0 | |
| Bordeaux | ND | ND | 23,4 | ND | ND | 20,8 |
| Caen | ND | ND | 22,4 | 32,6 | 0,0 | |
| Clermont-Ferrand | ND | ND | 49,2 | 27,0 | 0,5 | |
| Créteil | 8,8 | 0,0 | | 4,4 | 0,0 | |
| Dijon | 28,9 | 0,0 | | 40,0 | 0,0 | |
| Grenoble | 29,2 | 0,0 | | 24,0 | 0,0 | |
| Lille | 43,5 | 40,1 | | 23,9 | 11,5 | |
| Limoges | ND | ND | 13,3 | 7,2 | 0,0 | |
| Lyon | 41 | 45,5 | | 30,0 | 6,7 | |
| Montpellier | ND | 0 | | 10,7 | 0,0 | |
| Nancy-Metz | ND | ND | | ND | ND | 21,6 |
| Nantes | ND | ND | | ND | ND | |
| Nice | 43,3 | 0,0 | | 26,5 | 0,0 | |
| Orléans-Tours | 21,0 | 0,0 | | 17,5 | 0,0 | |
| Paris | NA | 0,0 | | NA | 0,0 | |
| Poitiers | ND | 0,0 | | 11,3 | 0,0 | |
| Reims | 20,8 | 0,0 | | 20,6 | 0,0 | |
| Rennes | ND | ND | | ND | ND | |
| Rouen | ND | 0,0 | | 7,1 | 0,0 | |
| Strasbourg | 28,7 | 0,0 | | 17,8 | 0,0 | |
| Toulouse | ND | 0,0 | | 21,1 | 3,5 | |
| Versailles | 11,9 | 0,0 | | 15,5 | 0,0 | |

*Pondération en fonction des effectifs médecins par département

Tableau 22 – Part des élèves dans leur 6ème année non examinés par un professionnel de l'Education nationale
(Source Rapport Cour des Comptes 2020)

| France métropolitaine | | | | | | |
|---------------------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|-----------------|
| Académies | 2013-2014 | | | 2018-2019 | | |
| | Public | Privé | Non différencié | Public | Privé | Non différencié |
| Moyenne nationale* | 20,6 | 77,9 | 22,9 | 52,2 | 93,4 | 64,8 |
| Aix-Marseille | 20,1 | 54 | | 61,5 | 98,2 | |
| Amiens | 12 | 100 | | 72,1 | 100 | |
| Besançon | ND | ND | 4,9 | 76,7 | 100 | |
| Bordeaux | ND | ND | 20,9 | ND | ND | 73,9 |
| Caen | ND | ND | 57 | 27,9 | 100 | |
| Clermont-Ferrand | ND | ND | 0,8 | 13,3 | 995 | |
| Créteil | 7,3 | 100 | | 59,3 | 100 | |
| Dijon | 14,6 | 100 | | 60 | 100 | |
| Grenoble | 10,3 | 100 | | 33,7 | 100 | |
| Lille | 6,6 | 59,9 | | 3,8 | 88,5 | |
| Limoges | ND | ND | 16,4 | 92,7 | 100 | |
| Lyon | 22,8 | 54,5 | | 68,1 | 93,3 | |
| Montpellier | 75,5 | 100 | | 89,3 | 100 | |
| Nancy-Metz | ND | ND | 8 | ND | ND | 76,9 |
| Nantes | 0,9 | 56,6 | | 32,9 | 88,6 | |
| Nice | 55,9 | 100 | | 72,2 | 100 | |
| Orléans-Tours | 28,4 | 100 | | 59,8 | 100 | |
| Paris | NA | 100 | | NA | 100 | |
| Poitiers | ND | 100 | | 88,7 | 100 | |
| Reims | 53,2 | 100 | | 56,1 | 100 | |
| Rennes | 12,7 | 27,3 | | 36,4 | 54,3 | |
| Rouen | ND | 100 | | 92,9 | 100 | |
| Strasbourg | 22 | 100 | | 5,9 | 100 | |
| Toulouse | 5,3 | 100 | | 55,5 | 96,5 | |
| Versailles | 17,3 | 100 | | 39,1 | 100 | |

*Pondération en fonction des effectifs par département

3.1.5. Infirmières puéricultrices diplômées d'Etat

Les infirmières puéricultrices diplômées d'Etat (PDE) représentent numériquement la première spécialité infirmière, elles étaient 22 000 en 2018. Elles disposent de la plus haute expertise en matière de soins de l'enfant, du « prendre soin » notamment dans le domaine de la petite enfance et d'actions de prévention.

Cependant, la part des PDE reste difficile à appréhender tant du point de vue des effectifs diplômés que de ceux en activité. En effet, alors que le diplôme initial d'infirmière est toujours enregistré dans le fichier Adeli, celui de spécialité ne l'est pas forcément, faussant les statistiques. D'autre part, l'analyse est complexe car cette profession n'ayant pas d'actes spécifiques reconnus, est obligée en activité libérale de s'installer comme infirmière et non comme puéricultrice.

Cette profession est néanmoins caractérisée par une démographie très insuffisante comme le rappelait, entre autres, le rapport Giampino³ sur les modalités d'accueil de la petite enfance (2016). La profession reste très majoritairement féminine (>98%) raison pour laquelle la profession s'écrit au féminin. Selon la Drees (fichier Adeli), leur activité apparaît essentiellement salariée en milieu hospitalier (64%).

Tableau 23 - Nombre d'infirmières puéricultrices en France entre 2014 et 2018 (source data Drees)

| Effectifs, n (%) | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | #2014-18 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Ensemble des infirmier-e-s spécialisé-e-s | 49809 | 51113 | 52797 | 54608 | 56292 | 13,0% |
| Libéraux/Mixtes | 1783 | 1878 | 1949 | 2003 | 1982 | 11,0% |
| Salarié(e)s hospitalier(e)s | 39180 | 40099 | 41402 | 42830 | 44164 | 12,7% |
| Autres salarié(e)s | 8846 | 9136 | 9446 | 9775 | 10146 | 14,7% |
| Part globale des femmes | 87,2 | 87,2 | 87,2 | 87,3 | 87,3 | |
| Infirmières puéricultrices | 17978 | 18536 | 19296 | 20127 | 20790 | +15,6% |
| Part des puéricultrices/infirmier(e)s spécialisé(e)s | 36,1% | 36,3% | 36,5% | 36,9% | 36,9% | |
| D.E. puériculture | 17887 | 18435 | 19189 | 20011 | 20663 | 15,5% |
| infirmière puéricultrice autorisée (L477-1) | 91 | 101 | 107 | 116 | 127 | |
| Libéraux/Mixtes | 767 | 827 | 887 | 937 | 940 | 22,6% |
| Salarié(e)s hospitalier(e)s | 11425 | 11782 | 12277 | 12846 | 13291 | 16,3% |
| Autres salarié(e)s | 5786 | 5927 | 6132 | 6344 | 6559 | 13,3% |
| Part globale des femmes | 98,7 | 98,7 | 98,7 | 98,7 | 98,6 | |

L'organisation de coopération et de développement économique (OCDE) préconise un taux minimum de 8,8 infirmières générales (non spécialisées) pour 1 000 habitants. Ce taux en France métropolitaine est égal en 2018 à 12,8 pour 1 000 habitants âgés de 15 ans ou plus - **L'application du taux minimum à l'effectif de puéricultrices pour la population âgée de moins de 15 ans donne un taux de 1,8 pour 1 000 enfants, Considérant l'implication possible d'infirmières non spécialisées formées à la pédiatrie pour les 5-15 ans, si ce même taux est appliqué au groupe d'âge le plus jeune, il devient égal à 5,7 pour 1 000 enfants âgés de moins de 5 ans.** Pour tendre vers ce taux de l'OCDE, l'effectif nécessaire de puéricultrices au niveau national devrait être d'au moins 100 000 pour la population de moins de 15 ans et supérieure à 32 000 pour celle âgée de moins de 5 ans. Les écoles/instituts de formation au diplôme d'Etat de puéricultrice forment annuellement 1 100 à 1 200 étudiantes (données partielles fournies par le Comité d'entente des écoles préparant aux métiers de l'enfance (CEEPAME www.ceepame.com)).

Il existe des disparités régionales d'effectifs des puéricultrices, celles constatées sur 2014 s'améliorent en 2018 (Tableau 24 infra), **les taux pour 1 000 enfants âgés de moins de 5 ans restent insuffisants dans toutes les régions**, en particulier Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Ile-de-France. Le tableau D des Annexes détaille la distribution des PDE et les taux pour la population pédiatrique selon les départements.

Tableau 24 - Effectifs en infirmières (IDE) et de puéricultrices diplômées d'Etat (PDE) et leur densité pour 1 000 enfants âgés de moins de 15 ans selon les régions en 2014 et en 2018

| 2018 | IDE | Pop. ≥15 ans | Taux ‰ habitant âge>15 ans | PDE | Pop. <15 ans | Taux ‰ habitant âge<15 ans | Pop. <5 ans | Taux ‰ habitant âge<5 ans |
|------------------------------|---------------|-----------------|----------------------------|-------|--------------|----------------------------|-------------|---------------------------|
| France métropolitaine | 682254 | 53188050 | 12,8 | 20790 | 11 550 137 | 1,8 | 3 638 757 | 5,7 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 89278 | 6588183 | 13,6 | 2808 | 1 457 637 | 1,9 | 458 737 | 6,1 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 30003 | 2322648 | 12,9 | 652 | 475 581 | 1,4 | 143 364 | 4,5 |
| Bretagne | 36741 | 2776636 | 13,2 | 1097 | 578 100 | 1,9 | 170 086 | 6,4 |
| Centre-Val de Loire | 22773 | 2114641 | 10,8 | 639 | 455 309 | 1,4 | 137 818 | 4,6 |
| Grand Est | 60829 | 4585839 | 13,3 | 2102 | 949 901 | 2,2 | 295 149 | 7,1 |
| Hauts-de-France | 61761 | 4834040 | 12,8 | 2172 | 1 161 254 | 1,9 | 363 105 | 6,0 |
| Ile-de-France | 114150 | 9902161 | 11,5 | 3361 | 2 390 443 | 1,4 | 809 755 | 4,2 |
| Normandie | 33945 | 2728367 | 12,4 | 1006 | 592 338 | 1,7 | 177 898 | 5,7 |
| Nouvelle-Aquitaine | 65752 | 5055883 | 13,0 | 1836 | 959 383 | 1,9 | 285 420 | 6,4 |
| Occitanie | 68997 | 4953152 | 13,9 | 2403 | 978 987 | 2,5 | 300 332 | 8,0 |
| Pays de la Loire | 32869 | 3113871 | 10,6 | 1231 | 701 809 | 1,8 | 209 432 | 5,9 |
| Provence-Alpes Côte d'Azur | 61234 | 4212629 | 14,5 | 1443 | 849 395 | 1,7 | 271 953 | 5,3 |

| 2014 | IDE | Pop. | Taux ‰ | PDE | Population | Taux ‰ | Population | Tx ‰ |
|------|-----|------|--------|-----|------------|--------|------------|------|
|------|-----|------|--------|-----|------------|--------|------------|------|

| | | ≥15 ans | habitant âge>15 ans | | <15 ans | habitant âge<15 ans | <5 ans | habitant âge<5 ans |
|----------------------------|--------|------------|------------------------|-------|------------|------------------------|-----------|-----------------------|
| France métropolitaine | 600170 | 51 975 538 | 11,5 | 17978 | 11 728 208 | 1,5 | 3 852 925 | 4,7 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 78177 | 6 363 393 | 12,3 | 2361 | 1 457 573 | 1,6 | 478 948 | 4,9 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 27486 | 2 324 806 | 11,8 | 619 | 495 817 | 1,2 | 156 693 | 4,0 |
| Bretagne | 32951 | 2 681 889 | 12,3 | 981 | 594 654 | 1,6 | 185 614 | 5,3 |
| Centre-Val de Loire | 20074 | 2 107 430 | 9,5 | 537 | 470 005 | 1,1 | 150 042 | 3,6 |
| Grand Est | 54681 | 4 570 318 | 12,0 | 1895 | 984 327 | 1,9 | 317 480 | 6,0 |
| Hauts-de-France | 54636 | 4 806 654 | 11,4 | 2016 | 1 199 502 | 1,7 | 392 372 | 5,1 |
| Ile-de-France | 98486 | 9 645 258 | 10,2 | 2655 | 2 382 307 | 1,1 | 831 281 | 3,2 |
| Normandie | 29902 | 2 716 519 | 11,0 | 902 | 619 126 | 1,5 | 197 446 | 4,6 |
| Nouvelle-Aquitaine | 57251 | 4 903 204 | 11,7 | 1606 | 975 940 | 1,6 | 304 735 | 5,3 |
| Occitanie | 59932 | 4 750 128 | 12,6 | 2070 | 980 625 | 2,1 | 314 277 | 6,6 |
| Pays de la Loire | 29203 | 2 974 257 | 9,8 | 1048 | 716 576 | 1,5 | 228 826 | 4,6 |
| Provence-Alpes Côte d'Azur | 54163 | 4 131 682 | 13,1 | 1249 | 851 756 | 1,5 | 278 784 | 4,5 |

En France métropolitaine en 2018, selon le groupe d'âge (Tableau 25 infra), 37% des professionnelles avaient entre 30 et 44 ans ; 28,6% plus de 55 ans, 19,3% plus de 60 ans. **Ce qui signifie que 4 000 puéricultrices pourront faire valoir leur droit à la retraite en 2020 (à 62 ans) alors que dans l'intervalle, 1 100 à 1 200 entreront dans la profession, là où il en faudrait au moins le triple pour compenser les départs.** Le tableau E en Annexes détaille la distribution des PDE selon le mode d'exercice et selon le groupe d'âge. Selon les régions, il existe des disparités de répartition des professionnelles les plus âgées, celles ayant plus de 60 ans représentent 26,6% de l'effectif total en Normandie, 23,8% en région PACA, situation qui va poser des problèmes d'adéquation entre besoins et population pédiatrique dans les 5 années à venir.

Tableau 25 – Effectifs de puéricultrices (PDE) selon le groupe d'âge et les régions en 2018 (source Data Drees)

| Effectifs PDE selon âge 2018 | Total | <25 ans | % | 25-29 ans | % | 30-34 ans | % | 35-39 ans | % | 40-44 ans | % |
|-------------------------------------|-------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|
| France métropolitaine (n=20790) | 20790 | 428 | 2,1 | 2034 | 9,8 | 2401 | 11,5 | 2954 | 14,2 | 2414 | 11,6 |
| Auvergne-Rhône-Alpes (n=2808) | 2808 | 73 | 2,6 | 362 | 12,9 | 351 | 12,5 | 429 | 15,3 | 305 | 10,9 |
| Bourgogne-Franche-Comté (n=652) | 652 | 16 | 2,5 | 39 | 6,0 | 67 | 10,3 | 87 | 13,3 | 94 | 14,4 |
| Bretagne (n=1097) | 1097 | 8 | 0,7 | 67 | 6,1 | 99 | 9,0 | 187 | 17,0 | 157 | 14,3 |
| Centre-Val de Loire (n=639) | 639 | 15 | 2,3 | 64 | 10,0 | 97 | 15,2 | 88 | 13,8 | 76 | 11,9 |
| Grand Est (n=2102) | 2102 | 53 | 2,5 | 234 | 11,1 | 293 | 13,9 | 297 | 14,1 | 244 | 11,6 |
| Hauts-de-France (n=2172) | 2172 | 32 | 1,5 | 187 | 8,6 | 251 | 11,6 | 354 | 16,3 | 251 | 11,6 |
| Ile-de-France (n=3361) | 3361 | 96 | 2,9 | 361 | 10,7 | 355 | 10,6 | 391 | 11,6 | 315 | 9,4 |
| Normandie (n=1006) | 1006 | 21 | 2,1 | 58 | 5,8 | 98 | 9,7 | 129 | 12,8 | 99 | 9,8 |
| Nouvelle-Aquitaine (n=1836) | 1836 | 25 | 1,4 | 181 | 9,9 | 216 | 11,8 | 274 | 14,9 | 233 | 12,7 |
| Occitanie (n=2403) | 2403 | 46 | 1,9 | 226 | 9,4 | 279 | 11,6 | 338 | 14,1 | 318 | 13,2 |
| Pays de la Loire (n=1231) | 1231 | 20 | 1,6 | 117 | 9,5 | 140 | 11,4 | 225 | 18,3 | 160 | 13,0 |
| Provence-Alpes Côte d'Azur (n=1443) | 1443 | 23 | 1,6 | 136 | 9,4 | 152 | 10,5 | 149 | 10,3 | 157 | 10,9 |
| | Total | 45-49 ans | % | 50-54 ans | % | 55-59 ans | % | 60-64 ans | % | ≥65 ans | % |
| France métropolitaine | 20790 | 2109 | 10,1 | 2204 | 10,6 | 1942 | 9,3 | 2203 | 10,6 | 1815 | 8,7 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 2808 | 285 | 10,1 | 271 | 9,7 | 214 | 7,6 | 242 | 8,6 | 239 | 8,5 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 652 | 80 | 12,3 | 71 | 10,9 | 63 | 9,7 | 88 | 13,5 | 38 | 5,8 |
| Bretagne | 1097 | 119 | 10,8 | 137 | 12,5 | 120 | 10,9 | 132 | 12,0 | 56 | 5,1 |
| Centre-Val de Loire | 639 | 75 | 11,7 | 69 | 10,8 | 63 | 9,9 | 74 | 11,6 | 16 | 2,5 |
| Grand Est | 2102 | 198 | 9,4 | 207 | 9,8 | 185 | 8,8 | 210 | 10,0 | 148 | 7,0 |
| Hauts-de-France | 2172 | 220 | 10,1 | 241 | 11,1 | 222 | 10,2 | 224 | 10,3 | 158 | 7,3 |
| Ile-de-France | 3361 | 337 | 10,0 | 374 | 11,1 | 376 | 11,2 | 352 | 10,5 | 361 | 10,7 |
| Normandie | 1006 | 83 | 8,3 | 123 | 12,2 | 113 | 11,2 | 143 | 14,2 | 125 | 12,4 |
| Nouvelle-Aquitaine | 1836 | 171 | 9,3 | 150 | 8,2 | 144 | 7,8 | 197 | 10,7 | 216 | 11,8 |
| Occitanie | 2403 | 250 | 10,4 | 242 | 10,1 | 176 | 7,3 | 220 | 9,2 | 281 | 11,7 |
| Pays de la Loire | 1231 | 162 | 13,2 | 137 | 11,1 | 113 | 9,2 | 135 | 11,0 | 8 | 0,6 |
| Provence-Alpes Côte d'Azur | 1443 | 127 | 8,8 | 177 | 12,3 | 148 | 10,3 | 178 | 12,3 | 166 | 11,5 |

3.1.5.1 Démographie hospitalière

Ce secteur attire les deux tiers de l'effectif global national. Ces puéricultrices y sont souvent recrutées lors des plans hivernaux des hôpitaux pédiatriques. Paradoxalement, les unités de pédiatrie à haute technicité/spécificité (par exemple néonatalogie, réanimation pédiatrique) sont celles où elles sont le moins nombreuses en proportion.

-en réanimation pédiatrique et soins continus

La proportion d'ETP moyen de puéricultrices, en France métropolitaine en 2019, était de 35,5% en réanimation pédiatrique, 35,9% en unités de soins continus (cf. tableau 12, répartition lits réanimation pédiatriques et effectifs pédiatres et infirmiers – Tableau B en Annexes /répartition lits de soins continus).

-en néonatalogie

Le bordereau périnatalité de la SAE recueille le nombre d'ETP d'infirmières puéricultrices mais ne fournit pas le nombre d'ETP total en personnel infirmier, il n'est pas possible d'en calculer un taux (cf. tableau supra/unités de néonatalogie).

-en unités d'hospitalisation pédiatrique

Le taux de puéricultrices dans ces unités en France métropolitaine en 2019 était de 40,2% (9,5 à 94% selon les départements – Cf. Tableau F des Annexes). La région la moins favorisée dans ce taux est l'Île-de-France (22,9%) (cf. tableau 26 infra). Ce taux a augmenté de quelques points dans toutes les régions sauf en Occitanie (-5,8%).

Tableau 26 – Effectifs en infirmières non spécialisées et en puéricultrices (PDE), taux de puéricultrices en unités d'hospitalisation pédiatrique selon les régions en 2013 et 2019 (source SAE)

| Capacités Lits Hosp Ped 2019 | Infirmières non spécialisées | | | | PDE | | IDE | PDE | Taux PDE |
|------------------------------|------------------------------|-----------|-----------|-------------|-----------|-------------|---------|---------|----------|
| | Hosp compl | Hosp part | Tps plein | Tps partiel | Tps plein | Tps partiel | ETP moy | ETP moy | |
| France métropolitaine | 8348 | 1411 | 4207 | 1873 | 2594 | 1661 | 5121 | 3440 | 40,2% |
| Auvergne-Rhône Alpes | 1128 | 191 | 482 | 258 | 284 | 215 | 640,4 | 452,14 | 41,4% |
| Bretagne | 307 | 31 | 80 | 41 | 95 | 131 | 95,3 | 176,07 | 64,9% |
| Bourgogne-Franche-Comté | 329 | 44 | 143 | 68 | 133 | 75 | 152,77 | 162,7 | 51,6% |
| Centre-Val de Loire | 310 | 40 | 116 | 89 | 54 | 55 | 153,56 | 82,09 | 34,8% |
| Grand Est | 719 | 135 | 380 | 207 | 294 | 134 | 485,1 | 352,6 | 42,1% |
| Hauts de France | 747 | 131 | 316 | 206 | 261 | 219 | 402,0 | 375,0 | 48,3% |
| Île-de-France | 2052 | 315 | 1721 | 341 | 409 | 88 | 1796 | 533,3 | 22,9% |
| Normandie | 571 | 77 | 216 | 200 | 140 | 126 | 340,6 | 184,0 | 35,1% |
| Nouvelle-Aquitaine | 552 | 107 | 251 | 110 | 249 | 168 | 297,3 | 335,3 | 53,0% |
| Occitanie | 584 | 145 | 196 | 58 | 389 | 145 | 315,9 | 392,9 | 55,4% |
| Pays de la Loire | 359 | 67 | 129 | 155 | 91 | 120 | 216 | 158,1 | 42,3% |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 690 | 128 | 177 | 140 | 195 | 185 | 225,6 | 235,6 | 51,1% |
| Capacités Lits Hosp Ped 2013 | Hosp compl | Hosp part | Tps plein | Tps partiel | Tps plein | Tps partiel | ETP moy | ETP moy | Taux PDE |
| France métropolitaine | 8616 | 1259 | 4039 | 1628 | 2137 | 1404 | 4908,8 | 3026,6 | 38,1% |
| Auvergne-Rhône Alpes | 958 | 143 | 396 | 203 | 205 | 162 | 509,6 | 302,00 | 37,2% |
| Bretagne | 336 | 37 | 104 | 45 | 116 | 102 | 128,8 | 186,6 | 59,2% |
| Bourgogne-Franche-Comté | 387 | 38 | 152 | 66 | 124 | 67 | 186,6 | 156,3 | 45,6% |
| Centre-Val de Loire | 311 | 57 | 195 | 133 | 95 | 63 | 275,4 | 136,7 | 33,2% |
| Grand Est | 811 | 128 | 407 | 217 | 212 | 160 | 508,2 | 329,0 | 39,3% |
| Hauts de France | 894 | 133 | 295 | 144 | 235 | 155 | 377,7 | 334,5 | 47,0% |
| Île-de-France | 1959 | 273 | 1248 | 267 | 228 | 60 | 1398,3 | 254,0 | 15,4% |
| Normandie | 597 | 55 | 293 | 195 | 120 | 108 | 421,3 | 203,3 | 32,5% |
| Nouvelle-Aquitaine | 666 | 95 | 280 | 103 | 219 | 117 | 304,4 | 288,2 | 48,6% |
| Occitanie | 537 | 121 | 210 | 52 | 263 | 163 | 230,3 | 363,4 | 61,2% |
| Pays de la Loire | 370 | 55 | 119 | 78 | 102 | 85 | 169,7 | 154,2 | 47,6% |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 757 | 123 | 319 | 124 | 201 | 158 | 376,5 | 299,0 | 44,3% |

ETP Equivalent temps plein – Hosp hospitalisation – compl complète – part partielle – IDE infirmier(e) diplômé(e) d'état – PDE Puéricultrice diplômée d'état

3.1.5.2. Démographie en PMI (rapport Peyron)

Les puéricultrices ont une place essentielle en PMI, le rapport Peyron (2019) intitulé « Pour sauver la PMI, agissons maintenant »²³ avait très bien décrit les difficultés de ce maillon essentiel. L'effectif national fourni de façon globale (en 2015, 4500 puéricultrices/4000 ETP sur les 1 000 ETP multidisciplinaires participant à l'activité de ces structures, page 20 du rapport), **était jugé très insuffisant par les auteurs du rapport, au regard de leurs missions**. Le rapport souligne également que l'activité d'agrément des assistantes maternelles vient empiéter de façon préjudiciable sur les activités cliniques, en particulier celle des visites à domicile (VAD) précoces et préventives. Celles-ci ne se font quasiment plus dans certains secteurs et sont remplacées par des visites en urgence, à chaud, jugées moins efficaces. Les VAD ont été divisées par deux en 25 ans (1 million en 1991 vs 580 000 en 2016). Le rapport souligne que **les capacités nationales de consultation infantile sont saturées**.

Le bilan de santé en école maternelle (BSEM) est réalisé à 83% par des infirmières puéricultrices de PMI avec orientation de l'enfant vers un médecin spécialiste, médecin PMI ou médecin traitant en cas de troubles (rapport Peyron). Cette activité pâtit d'un défaut de financement dédié. En effet, ces BSEM rentrent dans le budget global des PMI alloués par les Conseils Départementaux, du fait que les actes des infirmières puéricultrices n'ont pas de cotation propre. Ainsi que le préconise le rapport Peyron, la création d'actes spécifiques dédiés aux actions de promotion de la santé et de prévention primaire portées par les puéricultrices permettrait de financer ces activités.

L'organisation du service départemental de PMI ainsi que les qualifications professionnelles de ses personnels ont été précisées par un décret du 6 août 1992. Ce même décret définit des normes minimales d'activité et d'effectifs des PMI, destinées à couvrir au moins les besoins des populations en difficulté tels qu'estimés à l'époque, et à limiter les disparités territoriales. Le Code de la Santé Publique (CSP) prévoit deux normes d'activité :

- consultations prénatales : au moins 4 demi-journées de consultations prénatales pour 100.000 habitants âgés de 15 à 50 ans (article R. 2112-5 du CSP)²³ ;
- consultations infantiles : une demi-journée de consultation par semaine pour 200 enfants nés vivants (article R.2112-6 du CSP)²⁴.

Le CSP prévoit également des normes d'effectif minimal de sages-femmes et de puéricultrices :

- une sage-femme pour 1 500 naissances ;
- une puéricultrice (en équivalent temps plein, ETP) pour 250 enfants nés vivants (article R.2112-7 du CSP)²⁵.

Ces normes réglementaires demeurent toutefois inégalement respectées. En 2016, le nombre de séances infantiles était respecté par 61% des départements.

Entre 2010 et 2015, ce rapport fait état d'une stagnation des effectifs globaux, par une baisse des effectifs médecins (activité peu attractive) et une augmentation des autres professionnels.

²³www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006911161/2010-06-09

²⁴ www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006911162/

²⁵ www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006911163/

3.1.6. Sages-femmes

En 2018, la France métropolitaine comptait 21 674 sages-femmes, chiffre en augmentation constante depuis 20 ans (14 353 en 2000). La démographie de cette profession suscite des inquiétudes non pas par défaut mais par une forme d'excès démographique qui risque bien de ne pas s'arranger comme le décrivent très bien les analyses de la Drees en 2012²⁶, de l'Ordre des sages-femmes en 2014²⁷, et de l'ONDPS en 2016²⁸.

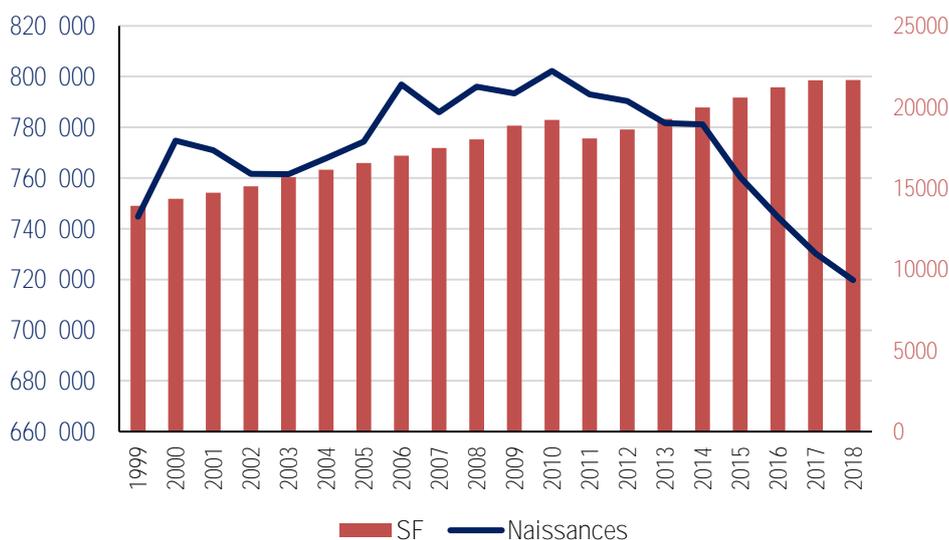


Figure 12-Evolution du nombre de naissances et de sages-femmes (SF) entre 1999 et 2018

Tableau 27 – Répartition des modes d'exercice des sages-femmes en 2018 (source Data Drees)

| MODE EXERCICE | Ensemble | Libérales exclusives | Mixtes | Salariées hospitalières | Autres salariées |
|---|----------|----------------------|--------|-------------------------|------------------|
| SECTEUR ACTIVITES | | | | | |
| Ensemble des secteurs d'activité | 21674 | 4446 | 2218 | 13656 | 1354 |
| Hôpital public | 10799 | 22 | 164 | 10613 | 0 |
| Établissement privé ESPIC | 663 | 0 | 19 | 644 | 0 |
| Établissement privé lucratif | 2408 | 8 | 109 | 2291 | 0 |
| Centres de santé | 85 | 0 | 16 | 31 | 38 |
| Cabinet individuel | 3337 | 2462 | 875 | 0 | 0 |
| Cabinet de groupe-société | 2111 | 1414 | 695 | 0 | 2 |
| P.M.I Planification familiale | 1083 | 0 | 26 | 56 | 1001 |
| Établissement personnes âgées | 13 | 0 | 0 | 0 | 13 |
| Établissement aide à la famille | 28 | 0 | 1 | 3 | 24 |
| Établissement d'enseignement | 78 | 0 | 0 | 2 | 76 |
| Autre établissement sanitaire | 107 | 0 | 7 | 6 | 94 |
| Activités exercées par les remplaçants | 909 | 540 | 304 | 3 | 62 |
| Autres secteurs | 53 | 0 | 2 | 7 | 44 |

²⁶ Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. Drees – Etudes et résultats – n°791, Mars 2012. [La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs \(solidarites-sante.gouv.fr\)](http://solidarites-sante.gouv.fr)

²⁷ Conseil national de l'Ordre des Sages-Femmes. Rapport d'études –Le marché du travail des sages-femmes : transition ou équilibre ? octobre 2014 [Etude - Le marché du travail des SF .pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](http://solidarites-sante.gouv.fr)

²⁸ Les sages-femmes – Une profession en mutation – ONDPS Mai 2016. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf

Selon la Drees en 2018, la répartition des lieux et modes d'exercice est résumée dans le tableau 27. La moitié d'entre-elles exercent en hôpital public (-5%/2014), 21% en libéral exclusif (+38%/2014), 5% en PMI. Leur répartition et densité selon les régions et départements est détaillée dans le tableau I des Annexes.

En 2019, la densité de sages-femmes (ensemble des modes d'exercice) en France métropolitaine était de 154,1 pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans (de 127,2 en Ile-de-France à 178,3 en Auvergne-Rhône Alpes selon les régions cf. tableau 28 infra).

A nombre d'accouchements équivalents, cette densité est variable d'une région à l'autre (ex. des régions Grand Est et Nouvelle-Aquitaine).

Tableau 28 – Effectifs de sages-femmes (SF) en établissements publics ou privés et leur densité (données Drees)

| | Nombre accouchements | Nombre SF | | ETP moy | Dt SF dédiée Salle naissance | | ETP moy | Nombre CsExt SF | Densité 2018 pour 100 000 femmes âgées entre 15 et 49 ans |
|----------------------------|----------------------|-----------|--------------|---------|------------------------------|--------------|---------|-----------------|---|
| | | Tps plein | Tps partie I | | Tps plein | Tps partie I | | | |
| France métropolitaine | 699580 | 8681 | 5686 | 12044,7 | 4196 | 2589 | 5326,1 | 2314267 | 154,1 |
| Auvergne-Rhône Alpes | 87535 | 1031 | 857 | 1609 | 420 | 429 | 648,3 | 334085 | 178,3 |
| Bretagne | 31509 | 424 | 383 | 648,8 | 108 | 107 | 166 | 142769 | 165,8 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 25422 | 364 | 264 | 534,8 | 156 | 91 | 194,5 | 112240 | 171,6 |
| Centre-Val de Loire | 24398 | 290 | 269 | 446,5 | 168 | 80 | 205,5 | 103211 | 152,5 |
| Grand Est | 54439 | 850 | 520 | 1118,9 | 355 | 185 | 446,2 | 181607 | 176,7 |
| Hauts de France | 65249 | 758 | 543 | 1071,1 | 384 | 237 | 518,9 | 178820 | 135,9 |
| Ile-de-France | 173682 | 1968 | 757 | 2425,6 | 988 | 351 | 1040,5 | 489305 | 127,2 |
| Normandie | 32742 | 455 | 342 | 674,5 | 195 | 139 | 273 | 177257 | 158,3 |
| Nouvelle-Aquitaine | 53470 | 765 | 406 | 1001,8 | 412 | 255 | 507,9 | 221921 | 152,6 |
| Occitanie | 73504 | 803 | 390 | 994,9 | 489 | 224 | 552,5 | 125552 | 162,2 |
| Pays de la Loire | 38724 | 328 | 433 | 564,8 | 173 | 177 | 256,4 | 92641 | 152,8 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 86060 | 645 | 522 | 954 | 348 | 314 | 516,4 | 154859 | 163,5 |

Selon leur mode d'exercice, cette densité est ainsi variable d'une région à l'autre (cf. tableau 29 infra). En activité libérale exclusive, la région la moins pourvue est l'Ile-de-France, la mieux pourvue l'Occitanie. L'Ile-de-France conserve entre 2014 et 2018 la plus faible densité même si elle a augmenté sur la période alors que c'est la région qui enregistre la diminution la plus faible de naissances (-4,5%).

Tableau 29 – Densité des sages-femmes selon leur mode d'exercice et le nombre de naissance par région en 2014 et en 2018 (Source Data Drees)

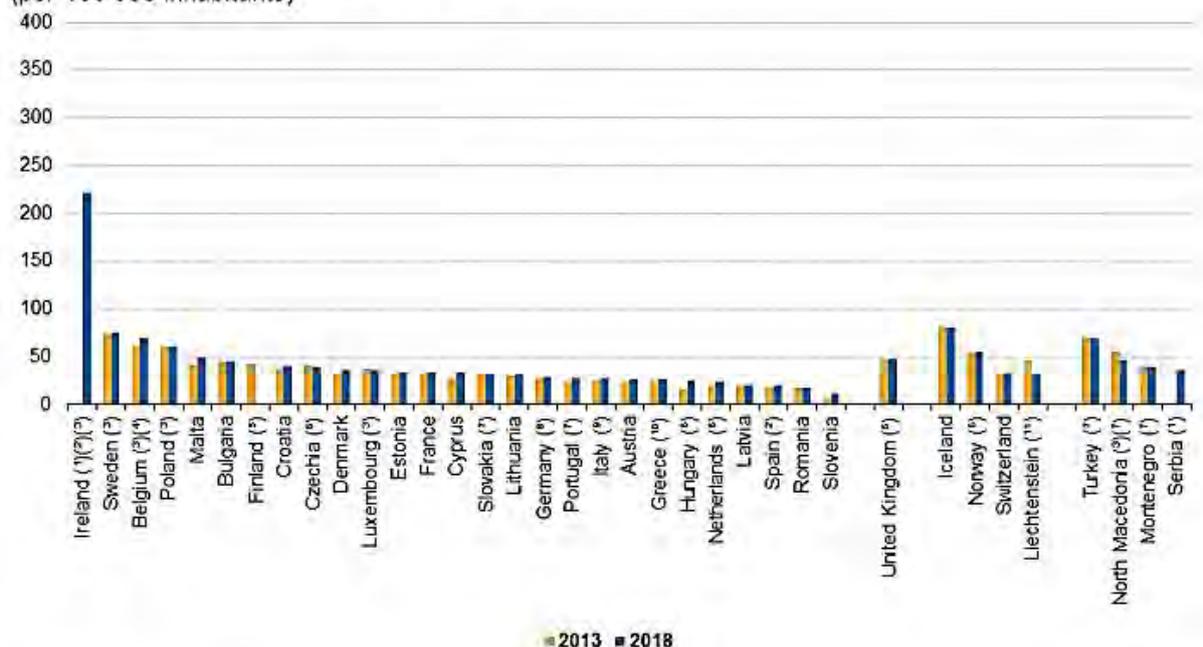
| DONNEES 2018 | | Densité des sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans | | | | |
|-----------------------------------|----------|---|--------|-------------------------|------------------|-----------------|
| MODE EXERCICE | Ensemble | Libérales exclusives | Mixtes | Salariées hospitalières | Autres salariées | Naissances 2018 |
| France métropolitaine | 154,1 | 31,6 | 15,8 | 97,1 | 9,6 | 714941 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 178,3 | 40,3 | 20,4 | 108,8 | 8,8 | 90297 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 171,6 | 30,8 | 10,6 | 120,8 | 9,4 | 26840 |
| Bretagne | 165,8 | 38,3 | 11,4 | 108,4 | 7,7 | 31701 |
| Centre-Val de Loire | 152,5 | 29,1 | 10,3 | 105,5 | 7,6 | 26093 |
| Grand Est | 176,7 | 32,6 | 13,3 | 121,4 | 9,4 | 55580 |
| Hauts de France | 135,9 | 20,4 | 13,9 | 87,8 | 13,8 | 67913 |
| Ile-de-France | 127,2 | 22,9 | 14,4 | 79,6 | 10,3 | 174439 |
| Normandie | 158,3 | 25,2 | 9,7 | 116,1 | 7,3 | 34047 |
| Nouvelle-Aquitaine | 152,6 | 36 | 14 | 92,8 | 9,8 | 53680 |
| Occitanie | 162,2 | 41,4 | 23,3 | 87,1 | 10,3 | 58106 |
| Pays de la Loire | 152,8 | 38,1 | 16,5 | 90,1 | 8,1 | 39739 |
| Provence-Alpes Côte d'Azur | 163,5 | 36 | 22,3 | 97,3 | 7,9 | 56506 |
| DONNEES 2014 | | Densité des sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans | | | | |
| MODE EXERCICE | Ensemble | Libérales exclusives | Mixtes | Salariées hospitalières | Autres salariées | Naissances 2014 |
| France métropolitaine | 140,7 | 22,7 | 10,2 | 97,4 | 10,4 | 776199 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 164,3 | 28,8 | 12,3 | 113,9 | 9,4 | 96342 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 164 | 23,2 | 7,8 | 122,9 | 10,1 | 30214 |
| Bretagne | 151,9 | 26,3 | 7,1 | 111,8 | 6,8 | 34897 |
| Centre-Val de Loire | 135,4 | 18,6 | 6,9 | 102,7 | 7,2 | 29012 |
| Grand Est | 162,7 | 22,7 | 10,5 | 115,4 | 14,1 | 62326 |
| Hauts de France | 123,3 | 14,3 | 7,7 | 85,6 | 15,6 | 78508 |
| Ile-de-France | 112,1 | 15,3 | 8,9 | 77,7 | 10,2 | 182718 |
| Normandie | 142,7 | 16,1 | 3,2 | 113,9 | 9,4 | 37628 |
| Nouvelle-Aquitaine | 140,2 | 26,1 | 9,1 | 94,9 | 10,1 | 58647 |
| Occitanie | 153,1 | 33,4 | 17,5 | 92,1 | 10,1 | 62580 |
| Pays de la Loire | 144 | 28,5 | 12,3 | 94,2 | 9 | 43671 |
| Provence-Alpes Côte d'Azur | 146,1 | 27,5 | 14,2 | 95,5 | 8,8 | 59656 |

Le détail de la répartition numérique et la densité des sages-femmes par département figure dans le tableau I des Annexes. Au sein de certaines régions, il existe des disparités importantes inter-départements avec un nombre de naissances équivalent ou inférieur.

En Europe, la France et l'Allemagne sont les deux pays dotés du plus grand nombre de sages-femmes mais en terme de densité pour 100 000 habitants, la France se situe dans la moyenne.

Practising midwives, 2013 and 2018

(per 100 000 inhabitants)



- (1) 2013: not available.
- (2) Licensed to practise.
- (3) 2017 instead of 2018.
- (4) 2013: definition differs.
- (5) 2018: not available.
- (6) Break in series.
- (7) Professionally active.
- (8) 2018: provisional.
- (9) Estimates.
- (10) Only people working in hospitals.
- (11) 2013: estimate.

Source: Eurostat (online data code: hlth_rs_prsns)

eurostat

Figure 13- Evolution du nombre de sages-femmes pour 100 000 habitants en Europe entre 2013 et 2018 (source Eurostat [File:Practising midwives, 2013 and 2018 \(per 100 000 inhabitants\) Health20.png - Statistics Explained \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&plugin=1&code=hlth_rs_prsns)).

Leur âge moyen en France métropolitaine est de 41,1 ans et homogène d'une région à l'autre cf. tableau 30 infra. Les femmes représentent plus de 97% de l'effectif total.

Tableau 30 – Age moyen des sages-femmes selon les régions et mode d'exercice en 2018 (source data Drees)

| Age moyen SF 2018 | | | | | |
|----------------------------|--------------------|----------------------|--------|-------------------------|------------------|
| MODE EXERCICE | Ensemble des modes | Libérales exclusives | Mixtes | Salariées hospitalières | Autres salariées |
| France métropolitaine | 41,13 | 41 | 38,69 | 40,84 | 48,51 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 41,27 | 40,94 | 37,04 | 41,58 | 48,7 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 42,66 | 39,93 | 41,37 | 42,87 | 50,47 |
| Bretagne | 40,44 | 40,85 | 37,82 | 40,08 | 47,37 |
| Centre-Val de Loire | 40,79 | 41,87 | 38,33 | 40,28 | 47,13 |
| Grand Est | 42,28 | 39 | 39,13 | 42,98 | 49,12 |
| Hauts de France | 39,87 | 38,55 | 38,87 | 39,15 | 47,39 |
| Ile-de-France | 39,97 | 41,42 | 39,28 | 38,62 | 48,19 |
| Normandie | 41,48 | 42,72 | 38,18 | 41,01 | 48,88 |
| Nouvelle-Aquitaine | 41,91 | 40,81 | 40,2 | 41,77 | 49,72 |
| Occitanie | 42,04 | 42,38 | 39,78 | 41,52 | 50,24 |
| Pays de la Loire | 41,19 | 41,53 | 38,39 | 41,35 | 43,48 |
| Provence-Alpes Côte d'Azur | 40,92 | 41,31 | 37,43 | 40,87 | 49,64 |

3.1.7. Auxiliaires de puériculture

Les auxiliaires de puériculture (AP) sont des professionnels de santé. Elles collaborent aux soins infirmiers dans les conditions définies à l'[article R. 4311-4 du code de la santé publique](#). Il existe peu de statistiques nationales qui leur sont propres et/ou qui regroupent tous les types d'exercice, les données sont morcelées. Elles travaillent dans le domaine de la petite enfance ou dans le domaine de la santé (maternité, pédiatrie, néonatalogie, réanimation), unités où elles aident les puéricultrices et infirmier(e)s dans les soins. La profession est très féminisée (>98%). Elles seraient 60 000 professionnelles et leur densité en France métropolitaine a été estimée à 18 pour 1 000 enfants âgés de moins de 5 ans.

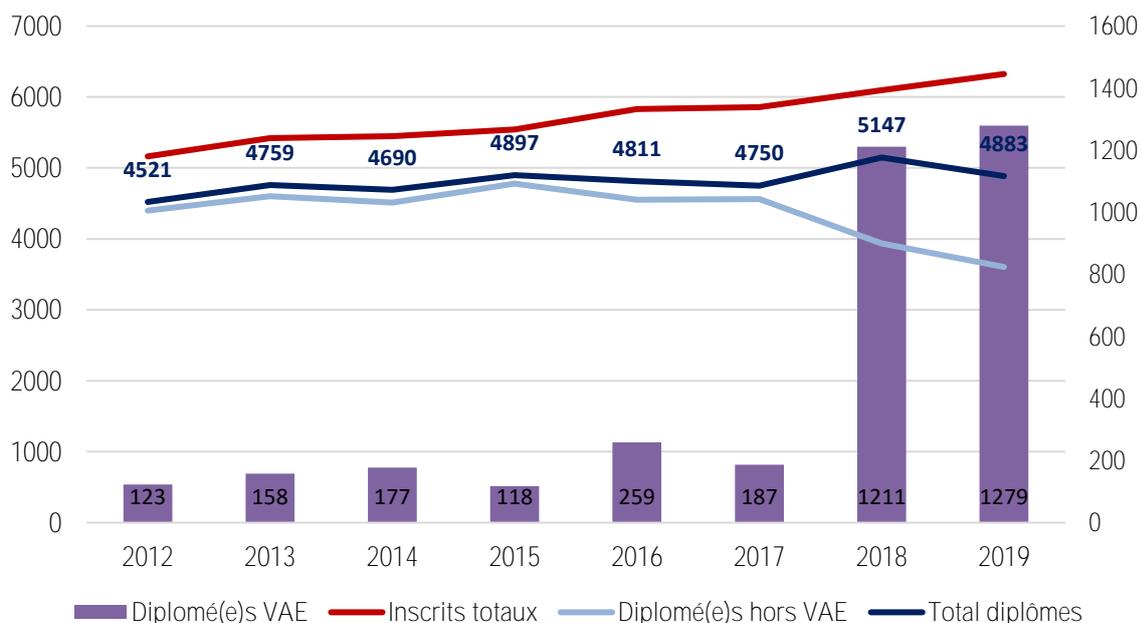


Figure 14 Evolution des inscrit(e)s et diplômé(e)s à la formation d'auxiliaires de puériculture entre 2012 et 2019 (Source Data Drees)

- démographie en établissements publics et privés

Selon la SAE 2019, les établissements publics et privés comptabilisaient en France (hors DROM), 4 090,76 ETP d'auxiliaires de puériculture (3 337 à temps plein) versus 3 874,54 ETP en 2015 dans les unités de pédiatrie. Un chiffre stable alors que sur la période 2015-2019, les séjours de néonatalogie variaient de +4,5%, de +3,7% en réanimation pédiatrique et de -3,6% en unités de pédiatrie soit un solde positif sans que l'on puisse avoir des données précises sur la ventilation de ces professionnelles entre ces différentes unités.

- démographie dans les secteurs d'action sociale et médicosociale

En France métropolitaine, entre 2016 et 2018, l'effectif d'AP a varié de +5%, celui des puéricultrices est stable, tandis que celui des infirmières et des éducateurs de jeunes enfants (EJE) a progressé respectivement de +7,5 et +6,9%.

Tableau 31 – Démographie des auxiliaires de puéricultures dans le domaine social et médicosocial –

Source : DREES, enquête Aide sociale

| | 2016 | | 2017 | | 2018 | | # |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| | Effectif | ETP | Effectif | ETP | Effectif | ETP | % |
| Personnels administratifs et techniques | 34 729 | 33 123 | 34 356 | 32 815 | 34 651 | 32 942 | -0,9 |
| Cadre A | 5 937 | 5 804 | 6 107 | 5 955 | 6 260 | 6 098 | +5,4 |
| Cadre B | 11 080 | 10 553 | 10 798 | 10 297 | 10 937 | 10 376 | -1,3 |
| Cadre C | 17 712 | 16 767 | 17 451 | 16 563 | 17 454 | 16 468 | -1,5 |
| Personnel social et éducatif | 29 414 | 27 488 | 29 718 | 27 716 | 29 915 | 27 872 | +1,7 |
| Conseillers socio-éducatifs | 1 632 | 1 581 | 1 574 | 1 540 | 1 457 | 1 420 | -10,7 |
| Assistants socio-éducatifs | 26 617 | 24 810 | 26 986 | 25 077 | 27 286 | 25 340 | +2,5 |
| Educateurs de jeunes enfants (EJE) | 359 | 340 | 366 | 349 | 386 | 365 | +7,5 |
| Moniteurs éducateurs | 189 | 185 | 210 | 206 | 236 | 238 | +24,8 |
| Agents sociaux | 168 | 162 | 142 | 136 | 123 | 114 | -26,8 |
| Autres personnels socio-éducatifs | 449 | 411 | 440 | 408 | 428 | 396 | -4,7 |
| Personnel paramédical | 8 080 | 7 395 | 8 143 | 7 478 | 8 237 | 7 596 | +1,9 |
| Rééducateurs | 187 | 160 | 127 | 101 | 98 | 77 | -47,6 |
| Puéricultrices | 4 498 | 4 083 | 4 461 | 4 064 | 4 496 | 4 117 | -0,0 |
| Infirmiers | 2 312 | 2 125 | 2 445 | 2 253 | 2 472 | 2 296 | +6,9 |
| Auxiliaires de soin | 36 | 35 | 51 | 50 | 39 | 43 | |
| Auxiliaires de puériculture | 721 | 694 | 700 | 674 | 755 | 715 | +4,7 |
| Autres personnels paramédicaux | 326 | 300 | 359 | 336 | 377 | 348 | +15,6 |
| Personnel médical | 3 887 | 3 288 | 3 838 | 3 219 | 3 647 | 3 126 | -6,2 |
| Médecins | 2 895 | 2 374 | 2 834 | 2 301 | 2 637 | 2 195 | -8,9 |
| Sages-femmes | 992 | 914 | 1 004 | 918 | 1 010 | 931 | +1,8 |
| Psychologues | 1 807 | 1 633 | 1 819 | 1 645 | 1 809 | 1 629 | +0,1 |
| Personnels médicotechniques | 323 | 304 | 240 | 227 | 183 | 171 | -43,3 |
| Biologistes, vétérinaires et pharmaciens | 27 | 25 | 29 | 27 | 23 | 20 | |
| Assistants médicotechniques | 83 | 79 | 82 | 76 | 65 | 61 | -21,7 |
| Autres personnels médicotechniques | 211 | 198 | 129 | 124 | 95 | 90 | -54,9 |
| Total général | 78 240 | 73 230 | 78 114 | 73 100 | 78 442 | 73 337 | +0,3 |
| Nombre d'assistants familiaux | 36 687 | | 35 941 | | 35 459 | | -3,3 |
| Total général (avec assistants familiaux) | 114 927 | | 114 055 | | 113 901 | | -0,9 |

Tableau 32 – Distribution des effectifs auxiliaires de puériculture de 2010 à 2016 – Champ : France métropolitaine et DROM (Hors Mayotte)- Source : Drees, Enquêtes Aide sociale 2010 à 2016 (Volet PMI)

| | Équivalent temps plein (ETP)* | | | | | | | | | | Effectifs* |
|---|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Répartition ETP (%) | Taux d'évolution 2016/2010 (%) | Evol. Annu. moy. 2016/2010 (%) | |
| Puéricultrices | 4 180 | 4 160 | 4 200 | 4 130 | 4 290 | 4 370 | 4 440 | 41,4 | 6,2 | 1,0 | 4 900 |
| Médecins | 2 210 | 2 160 | 2 090 | 2 010 | 2 040 | 2 040 | 1 920 | 17,9 | -13,1 | -2,3 | 2 490 |
| Infirmiers | 1 380 | 1 390 | 1 340 | 1 280 | 1 320 | 1 350 | 1 340 | 12,5 | -2,9 | -0,5 | 1 470 |
| Sages-femmes | 980 | 970 | 1 010 | 960 | 1 030 | 1 010 | 1 020 | 9,5 | 4,1 | 0,7 | 1 180 |
| Auxiliaires de puériculture | 980 | 960 | 910 | 920 | 900 | 900 | 980 | 9,1 | 0,0 | 0,0 | 1 040 |
| Psychologues | 540 | 520 | 480 | 480 | 490 | 450 | 390 | 3,6 | -27,8 | -5,3 | 550 |
| Conseillers conjugaux | 380 | 340 | 340 | 360 | 370 | 360 | 330 | 3,1 | -13,2 | -2,3 | 490 |
| Éducateurs de jeunes enfants | 300 | 310 | 310 | 330 | 330 | 310 | 310 | 2,9 | 3,3 | 0,5 | 340 |
| Total estimé des ETP intervenant auprès du public | 10 940 | 10 830 | 10 690 | 10 470 | 10 770 | 10 790 | 10 730 | 100,0 | -1,9 | -0,3 | 12 460 |

* Personnels en position d'activité (y compris congés maladie, parental...), hors vacataires et hors remplacement de personnels titulaires. Note : Les données de l'enquête ne permettent pas de connaître le ou les secteur(s) d'activité (actions auprès des mères et futures mères, des enfants ou en planification familiale) de ces professionnels.

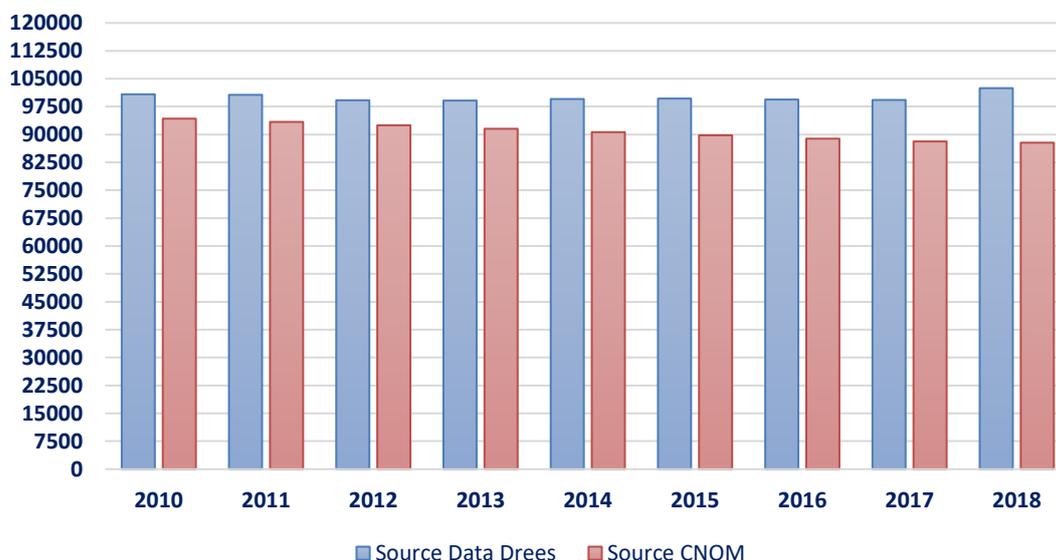
En PMI, la Drees dans la même enquête « L'aide et les actions sociales »²⁹, volet PMI, auprès des conseils départementaux avait objectivé un chiffre national de 980 AP en 2016, chiffre revenu à son niveau de 2010 après une réduction de cet effectif entre 2012 et 2015. Elles représentaient 9% de la totalité des effectifs au sein de ces structures (tableau 32).

En ce qui concerne leur emploi en « jardins d'enfants », ce type d'exercice risque d'évoluer avec l'abaissement de l'âge d'instruction obligatoire (décret n° 2019-825 du 2 août 2019 relatif au contrôle des établissements d'accueil collectif dits « jardins d'enfants » recevant des enfants soumis à l'instruction obligatoire³⁰), décret devant être entré en vigueur depuis la rentrée scolaire 2019³¹. En effet, ce décret prévoit la possibilité de scolariser, à titre dérogatoire, des enfants soumis à l'instruction obligatoire dans des établissements d'accueil collectif dits « jardins d'enfants ». La place des auxiliaires de puériculture est discutée dans le rapport de mission d'expertise de ces structures²⁹.

3.2. Professions de santé participant à la prise en charge de la santé de l'enfant

3.2.1. Médecins généralistes

Selon les données Data-Drees (source RPPS depuis 2012, fichier ADELI avant 2012), la France métropolitaine comptait, en 2018, 102 466 médecins généralistes tous modes d'exercice confondus – selon l'atlas démographique du CNOM, 87 801 médecins généralistes sont en activité régulière cette même année soit une réduction de 7% par rapport à 2010. Les projections du CNOM prévoit la poursuite de la baisse jusqu'en 2025 où l'effectif estimé serait de 81 804 médecins généralistes. Le graphique ci-après illustre l'évolution de cette démographie selon les deux sources de données.



²⁹Drees- L'aide et l'action sociale en France édition 2018 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-07/1-aas2018.pdf>

³⁰Décret n° 2019-825 du 2 août 2019 relatif au contrôle des établissements d'accueil collectif dits « jardins d'enfants » recevant des enfants soumis à l'instruction obligatoire. www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038874648

³¹Mission d'expertise sur l'avenir des jardins d'enfants (2020) – rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale de l'éducation nationale, du sport et de la recherche www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/277763.pdf

Figure 15-Evolution du nombre de médecins généralistes selon la DREES et le CNOM

La distribution des modes d'exercice est la suivante en 2018 (source Data Drees) : libéraux ou mixtes (66,4), libéraux exclusifs (58,8%), salariés hospitaliers (18,5%), autres salariés (15,1%). Cette distribution a évolué depuis 2000 par une baisse de l'exercice libéral ou mixte (-10,2%) au profit d'une activité salariée (+31,5% salariés hospitaliers, +16,4% autres salariés). Depuis 2000, la part des femmes a cru, passant de 35,5% à 46,5% en 2018 (cf. tableau 33 infra) selon les chiffres de la Drees et 48,2% selon le CNOM 2018⁸.

Tableau 33 – Nombre de médecins généralistes et proportion des femmes selon les modes d'activité de 2000 à 2018 (source data Drees)

| France métropolitaine | Ensemble Généralistes | Femmes | Libéraux ou mixtes | Femmes | Salariés hospitaliers | Femmes | Autres salariés | Femmes |
|-----------------------|-----------------------|--------|--------------------|--------|-----------------------|--------|-----------------|--------|
| 2018 | 102466 | 46,5% | 68070 | 40,6% | 18961 | 52,6% | 15435 | 65,6% |
| 2017 | 99294 | 45,5% | 66231 | 39,1% | 17833 | 52,3% | 15230 | 65,7% |
| 2016 | 99402 | 44,5% | 66663 | 37,8% | 17513 | 51,6% | 15226 | 66,1% |
| 2015 | 99669 | 43,6% | 67196 | 36,5% | 17255 | 51,2% | 15218 | 66,4% |
| 2014 | 99549 | 42,6% | 67446 | 35,0% | 17012 | 51,0% | 15091 | 66,8% |
| 2013 | 99129 | 41,7% | 67445 | 33,9% | 16760 | 50,5% | 14924 | 67,3% |
| 2012 | 99212 | 40,9% | 67691 | 32,9% | 16129 | 49,9% | 15392 | 67,0% |
| 2011 | 100666 | 40,9% | 67843 | 32,8% | 18054 | 50,2% | 14769 | 68,2% |
| 2010 | 100815 | 40,4% | 68237 | 31,8% | 17778 | 50,0% | 14800 | 68,4% |
| 2009 | 101667 | 39,9% | 68339 | 31,2% | 19049 | 49,8% | 14280 | 68,2% |
| 2008 | 101380 | 39,3% | 68313 | 30,6% | 19151 | 49,3% | 13916 | 68,0% |
| 2007 | 101549 | 38,8% | 68532 | 30,0% | 18708 | 48,7% | 14309 | 67,7% |
| 2006 | 101267 | 38,3% | 68411 | 29,4% | 18199 | 48,3% | 14658 | 67,1% |
| 2005 | 100646 | 37,8% | 68514 | 28,8% | 17725 | 47,9% | 14768 | 66,7% |
| 2004 | 99646 | 37,4% | 68053 | 28,5% | 16995 | 48,0% | 14598 | 66,6% |
| 2003 | 98505 | 36,8% | 67880 | 28,0% | 16463 | 47,9% | 14163 | 66,2% |
| 2002 | 97329 | 36,4% | 67670 | 27,5% | 15781 | 48,1% | 13879 | 66,3% |
| 2001 | 96246 | 35,8% | 67412 | 27,1% | 15428 | 47,4% | 13406 | 66,5% |
| 2000 | 94746 | 35,5% | 67072 | 26,6% | 14411 | 48,4% | 13263 | 66,5% |

3.2.1.1. Répartition démographique et des modes d'activité selon les régions

La répartition en proportion des différents modes d'exercice est globalement homogène selon les régions (Tableau 34). La région enregistrant la part la plus faible en activité libérale exclusive est l'Île-de-France ; la plus élevée, l'Occitanie. En matière d'installation, les régions les plus attractives sont celles du littoral Atlantique (source CNOM 2018).

Tableau 34 – Répartition des modes d'activité des médecins généralistes en 2018 selon les grandes régions (source Data Drees)

| 2018 | Ensemble des modes d'exercice | Libéraux exclusifs | % | Mixtes | % | Salariés hospitaliers | % | Autres salariés | % |
|----------------------------|-------------------------------|--------------------|------|--------|-----|-----------------------|------|-----------------|------|
| France métropolitaine | 99461 | 58450 | 58,8 | 7731 | 7,8 | 18164 | 18,3 | 15116 | 15,2 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 12540 | 7300 | 58,2 | 976 | 7,8 | 2437 | 19,4 | 1827 | 14,6 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 4061 | 2264 | 55,7 | 404 | 9,9 | 824 | 20,3 | 569 | 14,0 |
| Bretagne | 5290 | 3275 | 61,9 | 291 | 5,5 | 1012 | 19,1 | 712 | 13,5 |
| Centre-Val de Loire | 3206 | 1865 | 58,2 | 261 | 8,1 | 625 | 19,5 | 455 | 14, |
| Grand Est | 8357 | 5050 | 60,4 | 662 | 7,9 | 1482 | 17,7 | 1163 | 13,9 |
| Hauts-de-France | 8868 | 5475 | 61,7 | 586 | 6,6 | 1582 | 17,8 | 1225 | 13,8 |
| Ile-de-France | 17688 | 8835 | 49,9 | 1607 | 9,1 | 3434 | 19,4 | 3812 | 21,6 |
| Normandie | 4702 | 2776 | 59,0 | 354 | 7,5 | 925 | 19,7 | 647 | 13,8 |
| Nouvelle-Aquitaine | 9887 | 6048 | 61,2 | 740 | 7,5 | 1749 | 17,7 | 1350 | 13,7 |
| Occitanie | 9865 | 6280 | 63,7 | 761 | 7,7 | 1499 | 15,2 | 1325 | 13,4 |
| Pays de la Loire | 5445 | 3394 | 62,3 | 330 | 6,1 | 938 | 17,2 | 783 | 14,4 |
| Provence-Alpes Côte d'Azur | 9032 | 5589 | 61,9 | 716 | 7,9 | 1535 | 17,0 | 1192 | 13,2 |

L'âge moyen des médecins généralistes en France métropolitaine en 2018 était de 51,4 ans (49,6 à 53,1 ans selon les régions) (données Data Drees), 60% d'entre eux ont plus de 50 ans. Selon l'atlas démographique 2018 et 2020 du CNOM^{8,32}, l'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière n'a guère varié entre 2010 (50,3 ans) et 2020 (50,1 ans). La région d'âge moyen le plus élevé est la région Centre-Val de Loire, le plus faible en Bretagne (Tableau 35).

Tableau 35 – Répartition des médecins généralistes selon les groupes d'âge et par région (source data Drees, 2018)

| AGE (ans) | Ensemble tous âges confondus | <30 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69 | ≥70 |
|----------------------------|------------------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| France métropolitaine | 99461 | 2429 | 11103 | 8047 | 8245 | 9479 | 12227 | 18354 | 16591 | 9282 | 3704 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 12540 | 385 | 1658 | 1225 | 1154 | 1201 | 1514 | 2195 | 1927 | 931 | 350 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 4061 | 111 | 432 | 304 | 322 | 427 | 508 | 753 | 674 | 390 | 140 |
| Bretagne | 5290 | 173 | 768 | 531 | 481 | 536 | 685 | 898 | 743 | 370 | 105 |
| Centre-Val de Loire | 3206 | 44 | 244 | 203 | 241 | 293 | 457 | 620 | 612 | 357 | 135 |
| Grand Est | 8357 | 180 | 930 | 679 | 701 | 869 | 1063 | 1558 | 1410 | 696 | 271 |
| Hauts-de-France | 8868 | 232 | 1111 | 688 | 750 | 897 | 1150 | 1615 | 1429 | 725 | 271 |
| Ile-de-France | 17688 | 217 | 1670 | 1296 | 1358 | 1499 | 2079 | 3491 | 3138 | 2008 | 932 |
| Normandie | 4702 | 121 | 516 | 384 | 369 | 435 | 612 | 854 | 821 | 415 | 175 |
| Nouvelle-Aquitaine | 9887 | 225 | 1065 | 863 | 887 | 1042 | 1220 | 1779 | 1578 | 909 | 319 |
| Occitanie | 9865 | 289 | 1051 | 709 | 797 | 944 | 1121 | 1877 | 1637 | 1008 | 432 |
| Pays de la Loire | 5445 | 168 | 806 | 516 | 489 | 509 | 626 | 894 | 868 | 417 | 152 |
| Provence-Alpes Côte d'Azur | 9032 | 272 | 808 | 619 | 667 | 772 | 1123 | 1712 | 1669 | 997 | 393 |

³²Atlas démographique 2020 du Conseil national de l'Ordre des médecins http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-packaging/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf (2020)

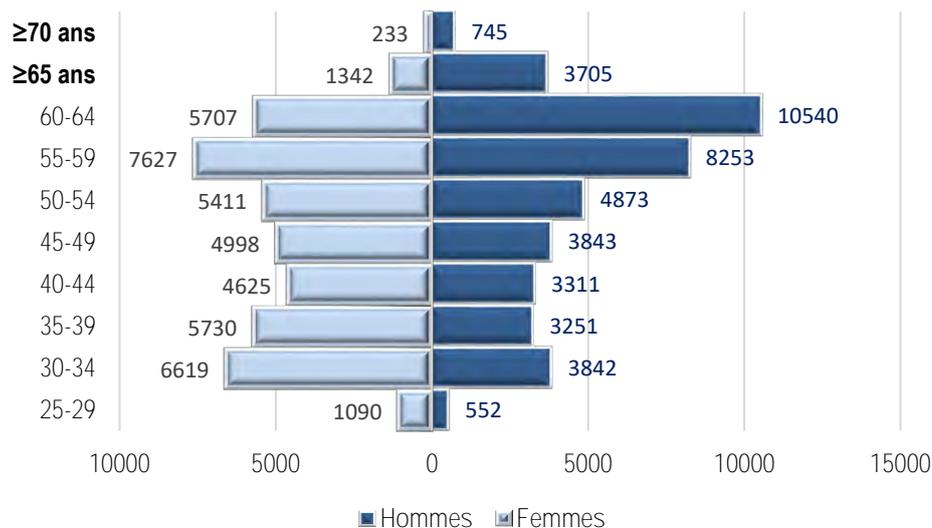


Figure 16 – Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière au 1^{er} Janvier 2020 (rapport CNOM)

3.2.1.2. Densité des médecins généralistes

Leur densité pour 100 000 habitants en France métropolitaine tous exercices confondus est de 154,1 ; 90,5 pour l'exercice libéral. Il existe des disparités régionales avec des zones connues de haute densité et pour des populations cibles différentes (178,7 en PACA pour une population de 5 055 651 habitants et 156,1 en Auvergne-Rhône-Alpes pour plus de 8 millions de personnes).

Tableau 36 – Nombre et densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants (dont population pédiatrique âgée de moins de 15 ans) selon les régions

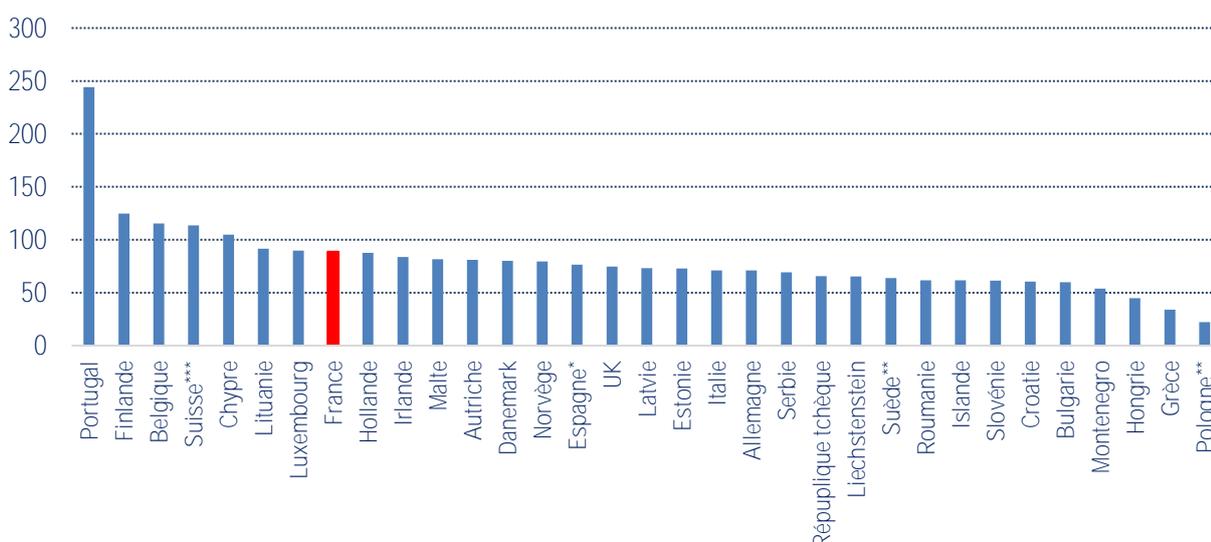
| Modes d'exercice 2018 | Ensemble | Libéraux exclusifs | Population totale | Population >15ans | Densité pour 100 000 habitants | | | | |
|----------------------------|----------|--------------------|-------------------|-------------------|--------------------------------|----------|------------------|---------------------|----------|
| | | | | | Tous âges | | | Population > 15 ans | |
| | | | | | Tous exercices | Libéraux | Libéraux +Mixtes | Tous exercices | Libéraux |
| France métropolitaine | 99461 | 58450 | 64553275 | 53188050 | 154,1 | 90,5 | 102,5 | 187,0 | 109,9 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 12540 | 7300 | 8032377 | 6588183 | 156,1 | 90,9 | 103,0 | 190,3 | 110,8 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 4061 | 2264 | 2783039 | 2322648 | 145,9 | 81,3 | 95,9 | 174,8 | 97,5 |
| Bretagne | 5290 | 3275 | 3340379 | 2776636 | 158,4 | 98,0 | 106,8 | 190,5 | 117,9 |
| Centre-Val de Loire | 3206 | 1865 | 2559073 | 2114641 | 125,3 | 72,9 | 83,1 | 151,6 | 88,2 |
| Grand Est | 8357 | 5050 | 5511747 | 4585839 | 151,6 | 91,6 | 103,6 | 182,2 | 110,1 |
| Hauts-de-France | 8868 | 5475 | 5962662 | 4834040 | 148,7 | 91,8 | 101,6 | 183,4 | 113,3 |
| Ile-de-France | 17688 | 8835 | 12278210 | 9902161 | 144,1 | 72,0 | 85,0 | 178,6 | 89,2 |
| Normandie | 4702 | 2776 | 3303500 | 2728367 | 142,3 | 84,0 | 94,7 | 172,3 | 101,7 |
| Nouvelle-Aquitaine | 9887 | 6048 | 5999982 | 5055883 | 164,8 | 100,8 | 113,1 | 195,6 | 119,6 |
| Occitanie | 9865 | 6280 | 5924858 | 4953152 | 166,5 | 106,0 | 118,8 | 199,2 | 126,8 |
| Pays de la Loire | 5445 | 3394 | 3801797 | 3113871 | 143,2 | 89,3 | 98,0 | 174,9 | 109,0 |
| Provence-Alpes Côte d'Azur | 9032 | 5589 | 5055651 | 4212629 | 178,7 | 110,5 | 124,7 | 214,4 | 132,7 |

Ces différences vont être problématiques dans les régions cumulant densité faible, âge moyen des médecins élevé (exemple des régions Centre-Val de Loire et Ile-de-France) et population vieillissante.

Tableau 37 – Age moyen des médecins généralistes selon les régions en 2018 et population âgée de 60 ans et plus

| Modes d'exercice 2018 | Age moyen | Pop.≥60 ans (%) | Pop.≥75 ans (%) | Densité pour 100 000 habitants selon âge | | |
|----------------------------|-----------|-----------------|-----------------|--|---------------------|----------|
| | | | | Pop.totale | Population > 15 ans | |
| | | | | Libéraux | Globale | Libéraux |
| France métropolitaine | 51,4 | 26,9 | 9,6 | 90,5 | 187,0 | 109,9 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 49,83 | 26,3 | 9,6 | 90,9 | 190,3 | 110,8 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 51,45 | 30,5 | 11,1 | 81,3 | 174,8 | 97,5 |
| Bretagne | 49,09 | 29,5 | 10,6 | 98,0 | 190,5 | 117,9 |
| Centre-Val de Loire | 53,43 | 29,6 | 10,9 | 72,9 | 151,6 | 88,2 |
| Grand Est | 51,2 | 27,4 | 9,5 | 91,6 | 182,2 | 110,1 |
| Hauts-de-France | 50,72 | 24,7 | 8 | 91,8 | 183,4 | 113,3 |
| Ile-de-France | 53,13 | 20,5 | 7 | 72,0 | 178,6 | 89,2 |
| Normandie | 51,49 | 28,8 | 10,2 | 84,0 | 172,3 | 101,7 |
| Nouvelle-Aquitaine | 51,11 | 31,2 | 11,5 | 100,8 | 195,6 | 119,6 |
| Occitanie | 51,87 | 29,5 | 10,9 | 106,0 | 199,2 | 126,8 |
| Pays de la Loire | 49,6 | 27,5 | 9,9 | 89,3 | 174,9 | 109,0 |
| Provence-Alpes Côte d'Azur | 52,65 | 29,8 | 11,5 | 110,5 | 214,4 | 132,7 |

Comparée aux autres pays d'Europe, la France se situe en 8^{ème} position en terme de densité en médecins généralistes pour la population âgée de plus de 18 ans (Source Eurostat 2018).



*Salariés hospitaliers uniquement - **Données 2017 - ***Inclus les internes en formation

Figure 17 Densité de médecins Généralistes pour 100 000 habitants âge > 18 ans en Europe

3.2.1.3. Evolution démographique des internes en formation pour la spécialité médecine générale

Sur l'année universitaire 2019-2020, 3 259 postes sont ouverts en France métropolitaine pour la spécialité médecine générale (3 années d'études). La différence de nombre de postes offerts entre les années universitaires 2017-2018 (3 181) et 2016-2017 est probablement lié à l'ouverture de la spécialité médecine d'urgence et son abondement de postes d'interne, en partie sur la médecine générale. La prospective prévue sur les années suivantes prévoit d'ici 2023-2024 l'ouverture de 273 postes supplémentaires (+8%). Sur la même période, 12 986 médecins généralistes âgés de 65 ans ou plus en 2018 pourront faire valoir leur droit à la retraite et 9 840 jeunes médecins termineront leurs études soit une différence négative de 3 146 médecins. Ce solde négatif de la démographie de la médecine générale est prévu au moins jusqu'en 2025.

Tableau 38- Evolution du nombre de postes d'internes de médecine générale jusqu'en 2023

| CHU/Années | 2016 2017 | 2017 2018 | 2018 2019 | 2019 2020 | 2020 2021 | 2021 2022 | 2022 2023 | 2023 2024 | # |
|----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----|
| Auvergne-Rhône-Alpes | 444 | 378 | 389 | 400 | 401 | 406 | 428 | 434 | -10 |
| Clermont-Ferrand | 90 | 63 | 65 | 71 | 71 | 72 | 76 | 77 | -13 |
| Grenoble | 108 | 97 | 100 | 102 | 102 | 104 | 109 | 111 | +3 |
| Lyon | 176 | 140 | 144 | 141 | 142 | 143 | 151 | 153 | -23 |
| St Etienne | 70 | 78 | 80 | 86 | 86 | 87 | 92 | 93 | +23 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 185 | 158 | 162 | 162 | 162 | 164 | 173 | 175 | -10 |
| Besançon | 83 | 73 | 75 | 76 | 76 | 77 | 81 | 82 | -1 |
| Dijon | 102 | 85 | 87 | 86 | 86 | 87 | 92 | 93 | -9 |
| Bretagne | 206 | 202 | 208 | 212 | 212 | 215 | 227 | 229 | +23 |
| Brest | 100 | 96 | 99 | 100 | 100 | 101 | 107 | 108 | +8 |
| Rennes | 106 | 106 | 109 | 112 | 112 | 114 | 120 | 121 | +15 |
| Centre-Val de Loire | 92 | 89 | 91 | 112 | 112 | 114 | 120 | 121 | +29 |
| Tours | 92 | 89 | 91 | 112 | 112 | 114 | 120 | 121 | +19 |
| Grand Est | 353 | 309 | 317 | 313 | 313 | 318 | 336 | 339 | -14 |
| Nancy | 135 | 120 | 123 | 122 | 122 | 124 | 131 | 132 | -3 |
| Reims | 85 | 69 | 71 | 75 | 75 | 76 | 80 | 81 | -4 |
| Strasbourg | 133 | 120 | 123 | 116 | 116 | 118 | 125 | 126 | -7 |
| Hauts-de-France | 326 | 279 | 287 | 289 | 290 | 293 | 309 | 314 | +12 |
| Amiens | 100 | 79 | 81 | 90 | 90 | 91 | 96 | 98 | -2 |
| Lille | 226 | 200 | 206 | 199 | 200 | 202 | 213 | 216 | -10 |
| Normandie | 220 | 194 | 200 | 200 | 200 | 203 | 214 | 217 | -3 |
| Caen | 110 | 96 | 99 | 90 | 90 | 91 | 96 | 98 | -12 |
| Rouen | 110 | 98 | 101 | 110 | 110 | 112 | 118 | 119 | +9 |
| Nouvelle-Aquitaine | 361 | 313 | 322 | 310 | 311 | 316 | 332 | 336 | -25 |
| Bordeaux | 187 | 160 | 165 | 155 | 156 | 157 | 166 | 168 | -19 |
| Limoges | 54 | 45 | 46 | 45 | 45 | 47 | 48 | 49 | -5 |
| Poitiers | 120 | 108 | 111 | 110 | 110 | 112 | 118 | 119 | -1 |
| Ile-de-France | 629 | 520 | 535 | 513 | 518 | 522 | 549 | 556 | -73 |
| Paris | 629 | 520 | 535 | 513 | 518 | 522 | 549 | 556 | -73 |
| Occitanie | 303 | 271 | 279 | 273 | 273 | 277 | 292 | 296 | -7 |
| Montpellier-Nîmes | 154 | 130 | 134 | 127 | 127 | 129 | 136 | 138 | -16 |
| Toulouse | 149 | 141 | 145 | 146 | 146 | 148 | 156 | 158 | +9 |
| Pays de la Loire | 229 | 212 | 218 | 218 | 218 | 222 | 234 | 236 | +7 |
| Angers | 114 | 108 | 111 | 110 | 110 | 112 | 118 | 119 | +5 |
| Nantes | 115 | 104 | 107 | 108 | 108 | 110 | 116 | 117 | +2 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 269 | 256 | 263 | 257 | 258 | 263 | 275 | 279 | +10 |
| Marseille | 192 | 184 | 189 | 187 | 188 | 190 | 200 | 203 | +11 |
| Nice | 77 | 72 | 74 | 70 | 70 | 73 | 75 | 76 | -1 |
| Total | 3617 | 3181 | 3271 | 3259 | 3268 | 3313 | 3489 | 3532 | -85 |

3.2.2. Orthophonistes

En 2018, la France métropolitaine comptait 24 828 orthophonistes (+16,5%/2014), la majorité exerce en libéral (81%), 97% sont des femmes et leur âge moyen est égal à 43,6 ans, 16% de leur effectif est âgé de plus de 60 ans d'où des départs nombreux en retraite d'ici 4 ans (cf. figure infra), 900 orthophonistes environ sont formés par an. Il existe des disparités importantes à l'échelle régionale et départementale.

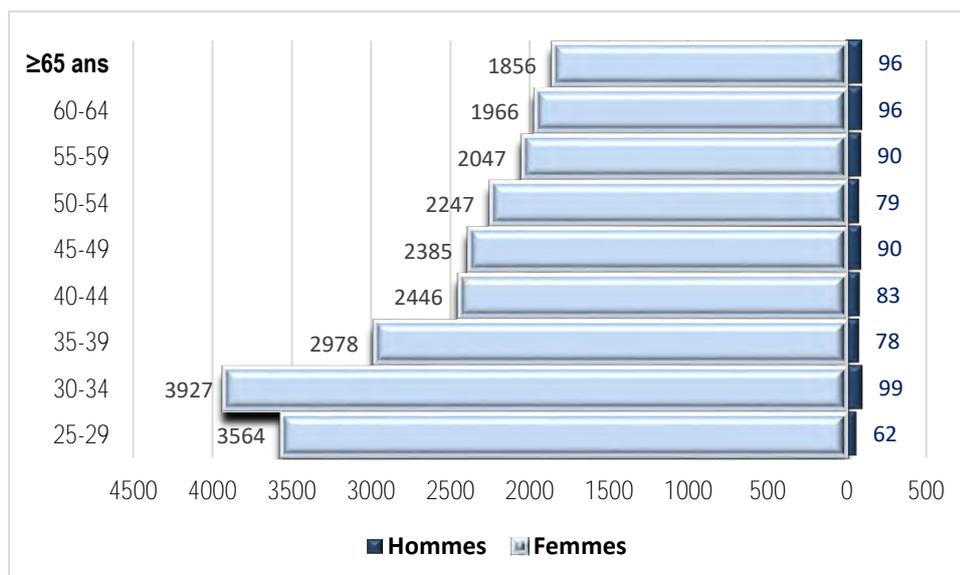


Figure18– Pyramide des âges des orthophonistes en 2018 (source data Drees)

Les régions Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire et Normandie ont un faible effectif de tels auxiliaires médicaux. Leur densité pour 100 000 habitants en France métropolitaine était de 38,3 ; deux régions parmi les trois précédemment citées ont les densités les plus faibles (Bourgogne-Franche-Comté et Normandie). En Annexe (tableau K), les données détaillées illustrent ces inégalités au niveau départemental. Quatre départements ont une densité très faible (zones rouges, fig. 19) : le Cantal, la Creuse, les Deux-Sèvres et l'Indre (respectivement 13,1 - 16,8-14,6-16,8) ; trois départements sont très bien dotés (zones vertes, fig.19) : le Rhône, l'Hérault et la Haute-Garonne (respectivement 65,2-63,5-60,2). Soixante-huit départements (hors DROM) ont une densité inférieure à la densité de la France métropolitaine. L'alerte a déjà été transmise par leur fédération nationale (FNO) et se traduit par un allongement des délais de rendez-vous, délais compris entre 2 et 12 mois. La répartition de l'effectif selon la taille de l'unité urbaine ne suit pas non plus une logique exponentielle (c'est-à-dire grande ville = effectif élevé) comme l'illustre le tableau L des Annexes.

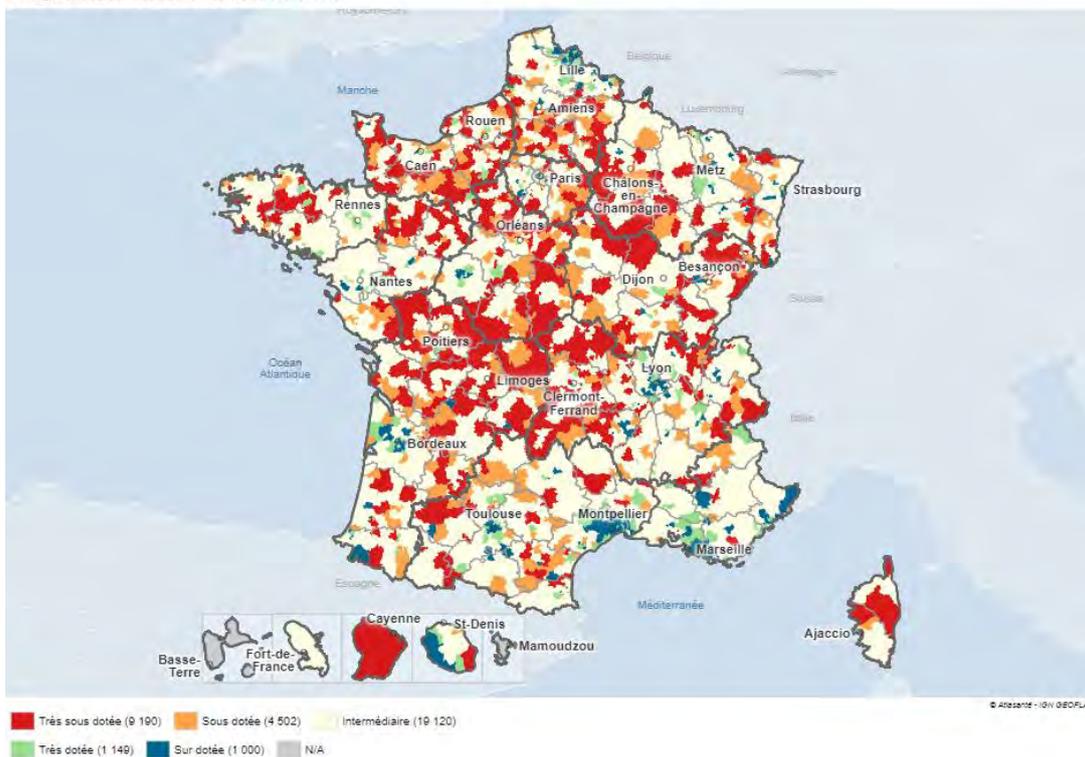


Figure 19 – Zonage démographique des orthophonistes en 2018 (source CNAMTS-ARS)

Tableau 38 – Répartition et densité des orthophonistes en région selon les modes d'exercice et proportion des femmes (source data Drees/Adeli, 2018)

| MODE D'EXERCICE 2018 | Ensemble | Libéraux ou mixtes | Salariés hospitaliers | Autres salariés | Femmes | Age moyen | Densité | #2014 |
|------------------------------|--------------|--------------------|-----------------------|-----------------|--------------|-------------|-------------|--------------|
| France métropolitaine | 24828 | 20084 | 1876 | 2868 | 24047 | 43,6 | 38,3 | 16,5% |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 3439 | 2839 | 272 | 328 | 3365 | 42,5 | 43,1 | 18,3% |
| Bourgogne-Franche-Comté | 742 | 555 | 55 | 132 | 712 | 44,9 | 26,3 | 11,2% |
| Bretagne | 1319 | 1059 | 140 | 120 | 1269 | 41,7 | 39,7 | 23,0% |
| Centre-Val de Loire | 783 | 594 | 67 | 122 | 747 | 43,8 | 30,3 | 12,7% |
| Grand Est | 1890 | 1541 | 127 | 222 | 1813 | 41,0 | 34 | 23,1% |
| Hauts de France | 2582 | 2099 | 161 | 322 | 2480 | 40,4 | 42,9 | 20,7% |
| Ile-de-France | 4636 | 3606 | 474 | 556 | 4529 | 46,1 | 38 | 8,0% |
| Normandie | 928 | 713 | 82 | 133 | 899 | 43,2 | 27,8 | 19,3% |
| Nouvelle-Aquitaine | 1915 | 1532 | 135 | 248 | 1871 | 43,8 | 32,1 | 20,8% |
| Occitanie | 2728 | 2241 | 167 | 320 | 2620 | 44,8 | 46,5 | 20,8% |
| Pays de la Loire | 1360 | 1136 | 78 | 146 | 1320 | 42,0 | 36,1 | 19,2% |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 2395 | 2081 | 114 | 200 | 2315 | 45,7 | 47,4 | 11,6% |
| Corse | 111 | 88 | 4 | 19 | 107 | 46,0 | 33,2 | 23,3% |
| DROM | 779 | 703 | 31 | 45 | 748 | 37,3 | 36,2 | 22,5% |

3.2.3. Psychomotricien(ne)s

En 2018, selon la Drees, la France métropolitaine dénombrait 12 476 psychomotricien(ne)s, majoritairement des femmes (89,6%), d'âge moyen égal à 41 ans (47 ans chez les hommes, cf. pyramide des âges infra), exerçant une activité salariée (78%).

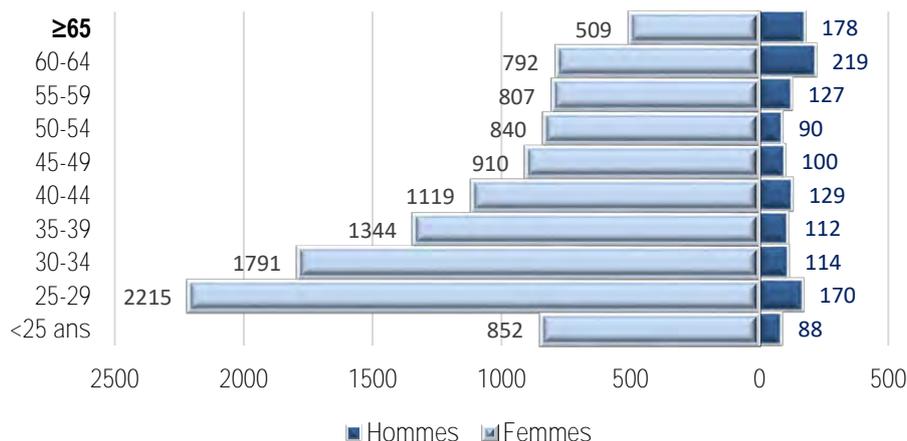


Figure 20– Pyramide des âges des psychomotricien(ne)s en 2018 (source data Drees)

Cet effectif a augmenté de plus de 30% depuis 2014 et la densité de ces professionnel(le)s était de 19,3 pour 100 000 habitants avec des disparités régionales et départementales importantes (tableau 39 infra et tableau M en annexes pour les départements). L'Île-de-France concentre 30% de l'effectif total et détient la densité la plus élevée. La Région Grand-Est est la moins dotée avec une densité très inférieure à celle du reste du territoire (10,8), cinq autres régions (hors DROM) ont des densités inférieures à celle de la France métropolitaine. Parmi les régions de densité plutôt élevée, la densité au sein de leurs départements peut être très inégale (tableau M des Annexes), alors même que ce sont des professionnels de premier recours pour la prise en charge des enfants handicapés.

Tableau 39 – Répartition et densité des psychomotricien(ne)s en région selon les modes d'exercice et proportion des femmes (source data Drees/Adeli, 2018)

| MODE D'EXERCICE 2018 | Ensemble des modes | Libéraux ou mixtes | Salariés hospitaliers | Autres salariés | Femmes | Age moyen | Densité | #2014 |
|----------------------------|--------------------|--------------------|-----------------------|-----------------|--------|-----------|---------|-------|
| France métropolitaine | 12476 | 2767 | 3370 | 6339 | 11179 | 41,0 | 19,3 | 34,2% |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 1539 | 374 | 426 | 739 | 1423 | 41,0 | 19,3 | 36,3% |
| Bourgogne-Franche-Comté | 394 | 52 | 97 | 245 | 362 | 42,8 | 14,0 | 18,3% |
| Bretagne | 479 | 121 | 162 | 196 | 419 | 43,4 | 14,4 | 32,0% |
| Centre-Val de Loire | 395 | 75 | 95 | 225 | 365 | 40,6 | 15,3 | 29,1% |
| Grand Est | 602 | 81 | 180 | 341 | 548 | 42,3 | 10,8 | 23,9% |
| Hauts de France | 1146 | 140 | 386 | 620 | 1025 | 40,6 | 19,0 | 20,3% |
| Ile-de-France | 3477 | 810 | 940 | 1727 | 3121 | 38,3 | 28,5 | 38,7% |
| Normandie | 467 | 83 | 131 | 253 | 422 | 42,8 | 14,0 | 30,4% |
| Nouvelle-Aquitaine | 1239 | 243 | 349 | 647 | 1065 | 43,2 | 20,8 | 30,1% |
| Occitanie | 1199 | 375 | 254 | 570 | 1073 | 42,2 | 20,5 | 38,1% |
| Pays de la Loire | 529 | 129 | 126 | 274 | 481 | 42,5 | 14,0 | 35,3% |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 955 | 271 | 220 | 464 | 832 | 41,8 | 18,9 | 54,5% |
| Corse | 55 | 13 | 4 | 38 | 43 | 43,5 | 16,5 | 57,1% |
| DROM | 294 | 50 | 59 | 185 | 250 | 38,5 | 13,7 | 36,7% |

La répartition des effectifs et des modes d'exercice selon la taille de l'unité urbaine (TUU) en France métropolitaine est illustrée par le tableau 40 infra, cette répartition suit une logique de taille et les communautés rurales ne semblent pas sous dotées. L'ensemble de ces données à l'échelle de chaque région est fourni dans les tableaux M et N des annexes. Une partie des disparités s'explique par une orientation plus importante en libéral des jeunes diplômés (avec souvent un exercice mixte) soit dans des territoires caractérisés par une forte représentation de catégories socioprofessionnelles supérieures (qui peuvent supporter le coût des soins) en zone urbaine ou périurbaine, soit dans le cadre de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou

les pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) dans les zones rurales (où la faible pression immobilière compense le moins perçu). (audition des représentant(e)s des psychomotricien(ne)s).

Tableau 40 – Distribution des psychomotricien(ne)s selon l'activité et la taille de l'unité urbaine
(source data Drees, 2018)

| MODE D'EXERCICE 2018/TUU | | Ensemble des modes | Libéraux ou mixtes | Salariés hospitaliers | Autres salariés |
|--------------------------|--|--------------------|--------------------|-----------------------|-----------------|
| France métropolitaine | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 12476 | 2767 | 3370 | 6339 |
| | Commune rurale | 831 | 141 | 131 | 559 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 467 | 101 | 121 | 245 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 650 | 133 | 183 | 334 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 624 | 160 | 180 | 284 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 1054 | 207 | 304 | 543 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 1407 | 261 | 439 | 707 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 906 | 184 | 257 | 465 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 3446 | 865 | 907 | 1674 |
| | Unité urbaine de Paris | 3091 | 715 | 848 | 1528 |

3.3. Professionnels relevant du Code de l'Action Sociale et des Familles ou du Code de l'Education qui contribuent à la santé de l'enfant :

3.3.1 Educateurs de jeunes enfants

La France compte environ 16 000 éducateurs de jeunes enfants, dont 1/3 exercent en Ile-de-France. Sur le plan national, 50% d'entre eux travaillent au sein de structures d'accueil de la petite enfance (crèches, jardins, d'enfants, halte-garderie, etc.). De nombreux postes sont à pourvoir en région parisienne.

Les éducateurs de jeunes enfants exercent dans des structures d'accueil de la petite enfance telles que les crèches collectives ou familiales, les jardins d'enfants, les haltes garderies. Les besoins sont importants dans ce secteur. Ils trouvent également leur place dans les hôpitaux, les établissements ou services qui accueillent des enfants handicapés ou qui connaissent des difficultés sociales (foyers de l'enfance, maisons maternelles, centres d'action médico-sociale précoce). Les ludothèques, les bibliothèques, les centres de loisir maternel réclament aussi de plus en plus ces professionnels. Les communes et les associations sont les principaux employeurs. La profession dépend des Directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS Portail National <http://drdjscs.gouv.fr/>).

En 2019, 15 621 candidats (96% de femmes) se sont présentés aux épreuves de sélection ou déposé un dossier, 6 479 (41%) d'entre eux ont été reçus, 1 556 étudiants ont été diplômés en 2019 à l'issue de leur formation, la moitié des diplômés ont été délivrés en région Ile-de-France. La grande majorité (95%) des étudiants est financée, en particulier par le Conseil régional (82%). Six mois après la sortie de formation, 75 à 82% des diplômés sont en emploi, la majorité en CDD et dans une structure de petite enfance (données DRDJSCS des régions).

4. Formations, compétences

La grande variété des professionnels susceptibles de prendre en charge les enfants, éventuellement pour les mêmes situations de soin (pédiatres et médecins généralistes ; infirmières puéricultrices et auxiliaires de puériculture, etc.) incite à bien préciser leur formation spécifique et leurs compétences en matière de santé de l'enfant, gage de soins de qualité pour eux.

4.1. Professions de santé avec expertise diplômante

4.1.1. Pédiatres

Depuis la réforme du 3^{ème} cycle³³, le diplôme d'études spécialisées (DES) en pédiatrie (durée 10 semestres) est organisé en 3 phases : phase socle, phase d'approfondissement, phase de consolidation. La phase socle (1 an) permet d'acquérir des connaissances de base et des compétences transversales nécessaires à l'exercice de la spécialité. La phase d'approfondissement (3 ans) correspond à l'acquisition approfondie des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité suivie et la phase de consolidation (1 an) consolide de l'ensemble des connaissances et des compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de la spécialité. Le contenu détaillé de l'organisation du DES de pédiatrie est fourni en Annexes et reprend le texte de l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des DES et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine³⁴. Le nombre de postes d'internes ouverts dans la discipline est fixé tous les ans et publié par arrêté au journal officiel. Pour l'année universitaire 2020-2021, c'est l'arrêté du 5 août 2020 publié au J.O. n° 0193 du 07/08/2020 qui précise le nombre de postes d'internes ouverts par discipline³⁵. Pour le DES de pédiatrie, le nombre total de postes ouverts est de 328 (327 l'année précédente, 196 sur l'année universitaire 2006-2007, source ONDPS³⁶. Dans son rapport 2008-2009, l'ONDPS précisait déjà : si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, le remplacement des pédiatres âgés de 55 ans et plus susceptibles de cesser leur activité, dans les 10 prochaines années, ne serait assuré qu'à 43 %, à mi-parcours, c'est à dire d'ici à 5 ans. La répartition par CHU de rattachement figure dans le tableau 41 ci-après.

³³ Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation <http://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033479390/> - Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034419758/>

³⁴ Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881/>

³⁵ Arrêté du 5 août 2020 fixant au titre de l'année universitaire 2020-2021 le nombre d'étudiants susceptibles d'être affectés à l'issue des épreuves classantes nationales en médecine par spécialité et par centre hospitalier universitaire <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042216223>

³⁶ Rapport Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) 2008-2009, tome 3 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_tome_3_consacre_au_renouvellement_des_effectifs_medicaux.pdf

Tableau 41 – Nombre de postes ouverts dans le diplôme d'études spécialisées (DES) de pédiatrie par CHU de rattachement pour l'année universitaire 2020-2021 (arrêté du 5 août 2020 publié au J.O. n° 0193 du 07/08/2020)³⁴

| Centre hospitalier universitaire (CHU) | Nombre de postes ouverts DES de pédiatrie |
|---|---|
| Martinique/Point-à-Pitre | 7 |
| Clermont-Ferrand | 9 |
| Grenoble | 9 |
| Hospices civils de Lyon | 16 |
| Saint-Etienne | 5 |
| Besançon | 8 |
| Dijon | 8 |
| Brest | 4 |
| Rennes | 7 |
| Tours | 10 |
| Nancy | 12 |
| Reims | 11 |
| Strasbourg | 10 |
| Amiens | 9 |
| Lille | 20 |
| Assistance publique-Hôpitaux de Paris | 82 |
| Caen | 9 |
| Rouen | 10 |
| Bordeaux | 10 |
| Limoges | 4 |
| Poitiers | 8 |
| Montpellier-Nîmes | 11 |
| Toulouse | 10 |
| La Réunion | 5 |
| Angers | 8 |
| Nantes | 7 |
| Assistance publique-Hôpitaux de Marseille | 14 |
| Nice | 5 |
| Total | 328 |

Les objectifs généraux de la formation (tels que précisés dans le J.O. du 20 décembre 2017)³⁷ sont de former des médecins spécialistes en pédiatrie à: diagnostiquer et traiter les pathologies du nouveau-né, de l'enfant et l'adolescent et participer au suivi des pathologies chroniques de l'enfant et l'adolescent ; mettre en œuvre les stratégies de prévention chez l'enfant et l'adolescent, les stratégies de dépistage chez le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent ; organiser le suivi d'un nouveau-né, d'un enfant et d'un adolescent ; établir une synthèse dans des situations complexes (pathologies multi-organes) fréquentes, mettre en place des stratégies diagnostiques ou thérapeutiques hiérarchisées.

A cette formation s'ajoute la possibilité d'intégrer une option ou une formation spécialisée transversale (FST). Une option permet l'acquisition de compétences particulières au sein de la spécialité suivie et ouvre droit à un exercice complémentaire de cette surspécialité au sein de la spécialité. La FST est une option ouverte à plusieurs spécialités et ouvre droit à un exercice complémentaire d'une surspécialité au sein de la spécialité, le nombre d'étudiants autorisés est fixé chaque année par arrêté³⁸.

³⁷ [Arrêté du 27 novembre 2017 modifiant l'arrêté du 12 avril 2017 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

³⁸ [Arrêté du 5 juin 2020 fixant le nombre d'étudiants de troisième cycle des études médicales autorisés à suivre une option ou une formation spécialisée transversale au titre de l'année universitaire 2020-2021 - J.O. 7 juin 2020](#)

Quatre options sont possibles dans le cadre du DES de pédiatrie (neuropédiatrie, pneumopédiatrie, néonatalogie et réanimation pédiatrique). Ces options entraînent un cursus prolongé de deux semestres dans des stages validant l'option et dans des unités ayant reçu l'agrément pour l'option. Ces formations sont validées par un examen national comportant un écrit et la soutenance d'un mémoire en sus de la validation des stages, gardes et/ou actes techniques requis par l'option.

Toutes les formations spécialisées transversales sont accessibles à l'ensemble DES. Certaines sont plus recommandées que d'autres selon la spécialité entreprise. En pédiatrie les FST privilégiées sont : cardiologie pédiatrique et congénitale, oncologie, médecine scolaire, urgences pédiatriques, maladies allergiques mais aussi soins palliatifs, douleur, médecine du sport, nutrition appliquée. Le nombre national de postes ouverts par option et FST de la discipline est détaillé dans le tableau 42 ci-après, la ventilation des postes selon le CHU de rattachement et les régions est dans l'Annexe 2 (Tableau).

Tableau 42 – Nombre de postes des options et formations spécialisées transversales (FST) du DES de pédiatrie ouverts en 2020

| | Nombre de postes ³⁷ |
|--|--------------------------------|
| Options | |
| Neuropédiatrie | 41 |
| Pneumopédiatrie | 38 |
| Néonatalogie | 63 |
| Réanimation pédiatrique | 47 |
| Formations spécialisées transversales | |
| Cardiologie pédiatrique et congénitales | 41 |
| Cancérologie (déclinaison hémato-cancérologie pédiatrique) | 41 |
| Médecine scolaire | 39 |
| Urgences pédiatriques | 69 |
| Maladies allergiques | 59 |
| Soins palliatifs | 105 |
| Douleur | 102 |
| Nutrition appliquée | 55 |
| Médecine du sport | 66 |

Comme dans toute spécialité, la présence hebdomadaire en stage est de 8 demi-journées³⁹, les deux autres étant consacrées à l'enseignement.

Les étudiants du DES de pédiatrie doivent passer leur thèse d'exercice au cours de la phase d'approfondissement, cette thèse est nécessaire avant le début de leur dernière année dite de consolidation, année au cours de laquelle ils/elles ont le statut de docteur junior⁴⁰ (Articles R6153-1 à R6153-1-23 du code de la santé publique). La validation finale du DES de pédiatrie comprend la soutenance d'un mémoire de spécialité.

A l'issue du cursus de l'internat du DES de pédiatrie, certain-e-s poursuivent cette formation par un poste de chef de clinique-assistant des universités ou assistant spécialisé.

4.1.2. Chirurgiens pédiatriques

Cette spécialité est un DES (depuis 2016) d'une durée de 6 ans (12 semestres) découpée en 3 phases (socle (durée 1 an), approfondissement (durée 3 ans), mise en situation (durée 2 ans) avec des fonctions d'assistant spécialiste (acquisition de compétences professionnelles propres à une

³⁹ Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

⁴⁰ Statut des docteurs juniors <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section/lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196816/2020-09-01/>

activité chirurgicale en autonomie)) dont l'objectif principal est de former un spécialiste de premier et de second recours en chirurgie pédiatrique.

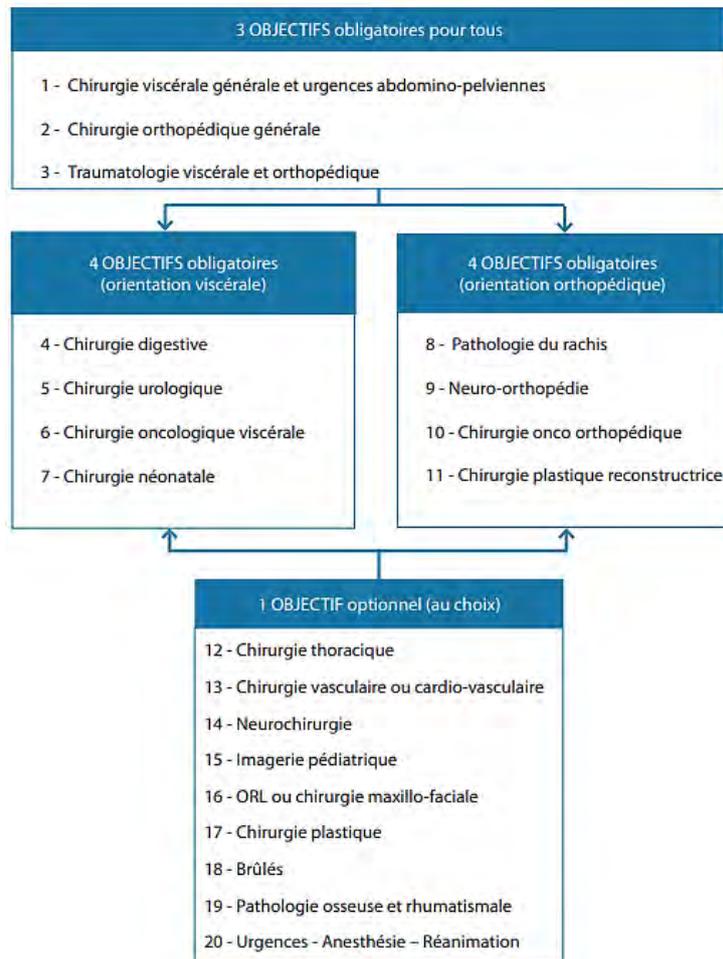
Le métier de chirurgien pédiatrique nécessite l'apprentissage de trois niveaux de compétence (médicale, technique, pratique professionnelle à haut risque). L'étudiant doit effectuer au moins 8 semestres dans la spécialité ; au moins 6 semestres dans un lieu de stage avec encadrement universitaire tel que défini à l'article 1er de l'arrêté du 21 avril 2017. Le nombre de postes ouverts au titre de l'année universitaire 2020-2021 selon le CHU de rattachement est de 23 postes et est résumé dans le tableau 43 ci-après.

Tableau 43 - Nombre de postes ouverts dans le diplôme d'études spécialisées (DES) de chirurgie pédiatrique par CHU de rattachement pour l'année universitaire 2020-2021 (arrêté du 5 août 2020 publié au J.O. n° 0193 du 07/08/2020)³⁴

| Centre hospitalier universitaire (CHU) | Nombre de postes ouverts DES de chirurgie pédiatrique |
|---|---|
| Martinique/Point-à-Pitre | 1 |
| Clermont-Ferrand | 0 |
| Grenoble | 1 |
| Hospices civils de Lyon | 1 |
| Saint-Etienne | 1 |
| Besançon | 0 |
| Dijon | 1 |
| Brest | 0 |
| Rennes | 1 |
| Tours | 1 |
| Nancy | 1 |
| Reims | 1 |
| Strasbourg | 0 |
| Amiens | 0 |
| Lille | 1 |
| Assistance publique-Hôpitaux de Paris | 6 |
| Caen | 0 |
| Rouen | 1 |
| Bordeaux | 2 |
| Limoges | 1 |
| Poitiers | 0 |
| Montpellier-Nîmes | 0 |
| Toulouse | 1 |
| La Réunion | 0 |
| Angers | 0 |
| Nantes | 1 |
| Assistance publique-Hôpitaux de Marseille | 1 |
| Nice | 0 |
| Total | 23 |

Cette formation comprend deux options (chirurgie viscérale et orthopédie pédiatriques) et l'inscription à une FST est aussi possible autant que celle à des diplômes interuniversitaires (DIU) complémentaires (par exemple, chirurgie laparoscopique pédiatrique, urologie pédiatrique, chirurgie plastique pédiatrique, chirurgie néonatale). Les modalités détaillées de la formation figurent dans les Annexes 2. Les compétences spécifiques sont accessibles sur la plateforme

numérique du collège des enseignants de la spécialité⁴¹. Cette formation conduit deux spécialités dont les intitulés sont : chirurgie viscérale pédiatrique et orthopédie pédiatrique.



Stages : Deux stages de 6 mois dans l’option de la spécialité (chirurgie orthopédique pédiatrique ou viscérale pédiatrique). - Un stage de 6 mois dans un service ou une unité de l’autre option de la spécialité.

Stages à réaliser dans d’autres spécialités : trois stages doivent être réalisés en dehors de la spécialité, et selon l’option :

- Option viscérale pédiatrique : 2 stages de 6 mois sont obligatoirement effectués durant la phase socle ou d’approfondissement, l’un en chirurgie viscérale et digestive, l’autre en urologie.
- Option orthopédie pédiatrique: 2 stages de 6 mois sont obligatoirement effectués durant la phase socle ou d’approfondissement, en orthopédie.

Les modalités de l’enseignement dispensé sont :

- sous forme d’e-learning (enseignement autonome), dont le contenu et l’accès sont communs à tous les étudiants (<http://www.collegechirped.fr>), quelle que soit leur région d’affectation (plateforme SIDESNG).
- sous forme d’exercice de simulation du geste technique (procédural), de la communication et du travail d’équipe, favorisant les interactions entre les étudiants des différentes formations de santé, dans des centres dédiés mis à disposition par les centres hospitaliers universitaires auxquels sont

⁴¹ [Rapport sur la démographie médicale en chirurgie pédiatrique - SFCP \(chirpediatric.fr\)](http://www.collegechirped.fr)

administrativement rattachés les étudiants. Le contenu minimum de cet enseignement et les outils pédagogiques sont définis au niveau national. Les étudiants acquièrent cet enseignement sous forme supervisée.

4.1.3. Autres spécialisations pédiatriques chirurgicales

4.1.3.1. Ophtalmologie pédiatrique

Depuis la réforme du troisième cycle (2016), le DES d'ophtalmologie (12 semestres) comporte l'accès à l'option chirurgie ophtalmopédiatrique et strabologique (25 postes ouverts en 2020 pour 148 postes ouverts dans le DES d'ophtalmologie 2020-2021). Cette option d'une durée de deux semestres nécessite entre autres prérequis d'avoir validé 3 ans du DES (6 semestres).

Tableau 44 – Nombre de postes ouverts dans l'option chirurgie ophtalmopédiatrique et strabologique du DES d'Ophtalmologie sur l'année universitaire 2020-2021

| Régions | CHU de rattachement | Nombre de postes |
|----------------------------|---------------------|------------------|
| Grand Est | Nancy | 1 |
| | Reims | 1 |
| | Strasbourg | 1 |
| Antilles-Guyane | Antilles-Guyane | 0 |
| Nouvelle-Aquitaine | Bordeaux | 1 |
| | Limoges | 1 |
| | Poitiers | 0 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | Clermont-Ferrand | 0 |
| | Grenoble | 1 |
| | Lyon | 1 |
| | St-Etienne | 1 |
| Bourgogne-Franche-Comté | Besançon | 1 |
| | Dijon | 0 |
| Bretagne | Brest | 1 |
| | Rennes | 0 |
| Centre-Val de Loire | Tours | 1 |
| Ile-de-France | Ile-de-France | 4 |
| Occitanie | Montpellier | 2 |
| | Toulouse | 1 |
| Hauts-de-France | Amiens | 1 |
| | Lille | 1 |
| Normandie | Caen | 0 |
| | Rouen | 2 |
| Océan Indien | Océan Indien | 0 |
| Pays de la Loire | Angers | 0 |
| | Nantes | 1 |
| | Marseille | 1 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | Nice | 1 |
| | Total | 25 |

La société française d'Ophtalmologie (SFO) a précisé en 2015 dans son rapport sur l'ophtalmologie pédiatrique⁴² que le futur doit conduire à la continuation et l'amélioration constante de la politique de santé actuelle en ophtalmologie pédiatrique. Tout ophtalmopédiatre aura le devoir de prendre en charge la vision de l'enfant dès la naissance et d'assurer son suivi tout au long de sa croissance jusqu'à la fin de l'adolescence.

4.1.3.2. Autres valences pédiatriques chirurgicales (chirurgie ORL et cervico-faciale, neurochirurgie, maxillofaciale, chirurgie cardiaque pédiatrique, orale-odontologie)

⁴² Pour une amélioration de la prise en charge des enfants en ophtalmologie. Conclusion du rapport de la Société Française d'ophtalmologie pédiatrique 2017 [Rapport SFO 2017 - OPHTALMOLOGIE PÉDIATRIQUE \(em-consulte.com\)](http://www.em-consulte.com)

- chirurgie ORL et cervico-faciale : l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences, maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées³³ identifie dans l'option audiophonologie des compétences spécifiques de l'adulte et de l'enfant. Les aspects cliniques et techniques spécialisés de l'enfant sont acquis au cours de semestres en unités accueillant des enfants et par un clinicat dans une unité prenant en charge une proportion importante d'enfants.
- neurochirurgie (formation de 12 semestres) : ne comprend pas d'option spécifique à la pédiatrie Cette formation s'acquiert par des stages au sein d'unités de neurochirurgie pédiatrique et un clinicat dans une unité spécialisée suivant l'internat
- chirurgie maxillofaciale (12 semestres) : ne comprend pas d'option spécifique à la pédiatrie – Cette formation s'acquiert par des stages au sein d'unités de neurochirurgie pédiatrique et un clinicat dans une unité spécialisée suivant l'internat
- chirurgie cardiothoracique et vasculaire (formation de 10 semestres) : ne comprend pas d'option spécifique à la pédiatrie – Cette formation s'acquiert par des stages au sein d'unités pratiquant la chirurgie cardiaque et vasculaire de l'enfant et un clinicat dans une unité spécialisée après l'internat
- chirurgie orale (8 semestres): l'enseignement comporte des unités d'enseignement (UE) abordant les spécificités pédiatriques, les aspects cliniques et techniques spécialisés de l'enfant sont acquis au cours de semestres en unités accueillant des enfants et par un clinicat dans une unité prenant en charge une proportion importante d'enfants.

4.1.3.3. Anesthésie pédiatrique

La chirurgie pédiatrique ne peut être pensée et ne peut fonctionner qu'en binôme avec un anesthésiste formé aux spécificités de l'anesthésie pédiatrique (12% de la totalité des anesthésies réalisées en France soit environ 1 million d'actes par an). Le DES d'Anesthésie-Réanimation (12 semestres) comprend dans ses objectifs de formation et d'enseignement l'acquisition de compétences spécifiques en anesthésie en Pédiatrie : circuits anesthésiques, monitoring, intubation, agents anesthésiques et curares ; apports hydro-électrolytiques et sanguins péri opératoires ; anesthésie en période néonatale ; anesthésie et urgences digestives du nourrisson (hernie inguinale, sténose du pylore, invagination intestinale aiguë, appendicectomie) ; anesthésie et cardiopathies congénitales et acquises ; douleur post opératoire ; anesthésie locorégionale ; préparation à l'intervention et information préopératoire ; amygdalectomie et végétations.

L'anesthésie d'un enfant impose au praticien d'avoir une compétence adéquate, et un certain volume d'activité lui permettant de maintenir cette compétence⁴³ (recommandations de la société française d'anesthésie-réanimation (SFAR), du collège français des anesthésistes-réanimateurs (CFAR) et l'association des anesthésistes-réanimateurs pédiatriques d'expression française (ADARPEF))⁴⁴. Certaines facultés proposent des DIU de maintien de compétences en anesthésie pédiatrique, ces DIU de haut niveau ne sont pas de valeur opposable.

Tous les internes inscrits dans ce DES n'effectuent pas de stage dans un bloc ou une réanimation pédiatrique. La formation à la réanimation pédiatrique est une option (47 postes ouverts aux DES d'anesthésie-réanimation, médecine intensive et réanimation, pédiatrie). Cette option comporte deux semestres à effectuer en réanimation pédiatrique ou mixte pédiatrique et néonatale.

⁴³ Constant I et al. [Anesthésie générale chez l'enfant : quid des pratiques en 2010 ? - EM consulte \(em-consulte.com\)](http://em-consulte.com)

⁴⁴ Courrèges P et al. Maintien des compétences en anesthésie pédiatrique. Annales françaises d'anesthésie réanimation 2006 ; 25 :353-5. [Maintien des compétences en anesthésie pédiatrique - EM consulte \(em-consulte.com\)](http://em-consulte.com)

4.1.4. Pédopsychiatres

La pédopsychiatrie n'est pas actuellement un DES à part entière, c'est une option du DES de psychiatrie. Le DES de psychiatrie propose une formation à l'exercice de la psychiatrie générale. La durée totale du DES est de 4 ans (8 semestres). La formation comporte 3 phases : socle (2 semestres), approfondissement (4 semestres) et consolidation (2 semestres).

Deux options sont proposées au sein du DES : **psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA)** et **psychiatrie de la personne âgée** (détails en Annexes 2). Dans le cadre de son projet professionnel, et en regard des besoins de santé et de l'offre de formation, l'étudiant peut être conduit à candidater à une FST, notamment : addictologie, douleur, expertise médicale-préjudice corporel, nutrition appliquée, pharmacologie médicale/ thérapeutique, soins palliatifs, sommeil.

L'arrêté du 5 juin 2020 fixant le nombre d'étudiants de troisième cycle des études médicales autorisés à suivre une option ou une formation spécialisée transversale au titre de l'année universitaire 2020-2021 (publié au J.O. n° 0139 du 7 juin 2020)³⁷ a fixé à 147 postes nationaux l'accès à l'option PEA en lieu et place des 183 postes demandés (-20%) par la discipline pour satisfaire à la situation démographique inquiétante de la PEA en France.

La répartition de ces postes ouverts à l'option est résumée dans le tableau 45 ci-après.

Tableau 45 – Répartition du nombre de postes ouverts dans l'option Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du DES de psychiatrie sur l'année universitaire 2020-2021 selon les régions et le CHU de rattachement

| Régions | CHU de rattachement | Nombre de postes |
|----------------------------|---------------------|------------------|
| Grand Est | Nancy | 3 |
| | Reims | 3 |
| | Strasbourg | 3 |
| Antilles-Guyane | Antilles-Guyane | 2 |
| Nouvelle-Aquitaine | Bordeaux | 7 |
| | Limoges | 3 |
| | Poitiers | 5 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | Clermont-Ferrand | 4 |
| | Grenoble | 3 |
| | Lyon | 9 |
| | St-Etienne | 3 |
| Bourgogne-Franche-Comté | Besançon | 3 |
| | Dijon | 4 |
| Bretagne | Brest | 3 |
| | Rennes | 3 |
| Centre-Val de Loire | Tours | 3 |
| Ile-de-France | Ile-de-France | 24 |
| Occitanie | Montpellier | 8 |
| | Toulouse | 7 |
| Hauts-de-France | Amiens | 4 |
| | Lille | 12 |
| Normandie | Caen | 5 |
| | Rouen | 6 |
| Océan Indien | Océan Indien | 2 |
| Pays de la Loire | Angers | 4 |
| | Nantes | 4 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | Marseille | 7 |
| | Nice | 3 |
| Total | | 147 |

La validation du DES de psychiatrie avec option Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent requiert 10 semestres de formation (une année supplémentaire), dont un minimum de 4 semestres en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que la validation des critères d'organisation générale du DES de psychiatrie détaillés en 1.2 (cf. annexes). Le prérequis de parcours pour s'inscrire à

L'option PEA est d'avoir réalisé au moins un semestre de stage en PEA au cours de la phase socle ou de la phase d'approfondissement.

Plusieurs facultés sont dépourvues de professeurs en pédopsychiatrie. Il existe donc des régions où il n'y a aucun professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent susceptible d'enseigner aux internes et donc les futurs psychiatres qui voudraient choisir cette spécialisation (rapport Moro)¹⁹. En 2016, il y avait 32 universitaires de pédopsychiatrie soit un taux d'encadrement faible (nombre d'universitaires sur le nombre d'internes dans la spécialité) égal à 1 pour 63,3 (1 pour 24 en psychiatrie adultes). Le rapport Amiel⁵ préconisait un co-DES de psychiatrie adulte et de psychiatrie de l'enfant avec régulation des internes dans les deux filières formant au final des DES de psychiatrie de l'adulte et des DES de psychiatrie de l'enfant. La définition d'un co-DES répondrait à deux objectifs complémentaires. En premier lieu, en prévoyant une durée de formation plus longue en pédopsychiatrie, elle faciliterait l'insertion de l'architecture française dans le cadre européen, qui exige la réalisation de six stages en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. En second lieu, la mise en place du co-DES offrirait un moyen de régulation que l'association du DES et d'une option ne permet pas.

L'option de PEA est validée par :

- l'accomplissement des différents stages requis et définis dans la maquette générale de l'option ;
- la soutenance d'un mémoire, qui peut prendre la forme d'un article de recherche ou d'un projet clinique, avant la fin de la cinquième année d'internat ;
- la réalisation de 6 semestres en PEA permet l'obtention de la certification européenne de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

4.1.5. Médecine de santé publique

Le DES de santé publique (8 semestres) a pour objectifs de former des médecins à une approche collective des problèmes de santé, capables d'apporter une expertise médicale aux questions posées en termes de santé des populations et de contribuer à l'argumentation des politiques sanitaires. Les médecins de santé publique utilisent leurs compétences diagnostiques et thérapeutiques dans une approche de prévention individuelle. Les médecins de santé publique exercent dans des contextes variés : à l'hôpital dans les domaines de la gestion de l'information de santé, de la recherche clinique ou de la gestion de la qualité et de la sécurité des soins ; dans les services de l'Etat, des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ; dans des laboratoires de recherche ; dans les agences nationales ou régionales intervenant dans le champ de la santé ; dans les services de recherche et développement de l'industrie du médicament, des dispositifs médicaux ou des innovations pour la santé ; dans des structures de promotion de la santé ; dans les services orientés vers la prévention des risques individuels et collectifs. Ce DES propose une option « Administration de la santé » et dans les formations spécialisées transversales recommandées figure la médecine scolaire.

L'arrêté du 5 juin 2020³⁷ fixant le nombre d'étudiants de troisième cycle des études médicales autorisés à suivre une option ou une formation spécialisée transversale au titre de l'année universitaire 2020-2021 a fixé à 85 postes l'accès à cette spécialité en France métropolitaine et la perspective d'ouverture de 7 postes supplémentaires (9 postes avec le CHU Martinique/Pointe à Pitre) sur l'année universitaire 2023-24 (+8%).

La répartition des postes est détaillée par région et CHU de rattachement dans le tableau 46 ci-après.

Tableau 46 – Répartition du nombre de postes ouverts dans le DES de Santé publique sur l'année universitaire 2020-21 selon les régions et le CHU de rattachement

| Régions | CHU de rattachement | Nombre de postes |
|------------------------------------|---------------------|------------------|
| Grand Est | Nancy | 4 |
| | Reims | 3 |
| | Strasbourg | 2 |
| Antilles-Guyane | Antilles-Guyane | 2 |
| Nouvelle-Aquitaine | Bordeaux | 9 |
| | Limoges | 1 |
| | Poitiers | 3 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | Clermont-Ferrand | 2 |
| | Grenoble | 2 |
| | Lyon | 5 |
| | St-Etienne | 1 |
| Bourgogne-Franche-Comté | Besançon | 2 |
| | Dijon | 3 |
| Bretagne | Brest | 1 |
| | Rennes | 1 |
| Centre-Val de Loire | Tours | 1 |
| Ile-de-France | Ile-de-France | 15 |
| Occitanie | Montpellier | 3 |
| | Toulouse | 3 |
| Hauts-de-France | Amiens | 2 |
| | Lille | 5 |
| Normandie | Caen | 4 |
| | Rouen | 4 |
| Océan Indien | Océan Indien | 1 |
| Pays de la Loire | Angers | 1 |
| | Nantes | 2 |
| Provence-Alpes- Côte d'Azur | Marseille | 4 |
| | Nice | 1 |
| Total | | 87 |

4.1.6. Infirmières puéricultrices

La formation pour l'obtention du diplôme d'Etat de puéricultrice se déroule actuellement sur 12 mois (1 500 h comprenant 710 heures d'enseignement clinique dans les différents lieux accueillant des enfants, malades ou en bonne santé) sur la base d'un programme défini par l'Arrêté du 13 juillet 1983 relatif au diplôme d'Etat de puéricultrice. Elle s'adresse à des infirmier(e)s ou des sages-femmes diplômé(e)s d'Etat. L'entrée en formation se fait sur concours, sur la base de trois épreuves : une épreuve destinée à évaluer les connaissances professionnelles du socle infirmier, une épreuve d'aptitude sous la forme de tests psychotechniques, et enfin une épreuve orale pour les admissibles.

En 2019, cette formation est assurée par 31 centres/écoles répartis en France métropolitaine, la Corse n'en dispose pas et deux régions ont un seul centre (Bretagne, Nouvelle-Aquitaine) (cf. tableau 47 ci-après). Comparé à 2012, ce nombre de centres a été réduit d'un établissement en Ile-de-France.

Tableau 47 – Répartition des centres de formation, selon les régions en 2012 et 2019 (source data Drees)

| Nombre de centres formateurs 2019 | Auxiliaires de puériculture | Puéricultrices | Infirmier(e)s DE | Psychomotriciens | Sages femmes | Total |
|------------------------------------|-----------------------------|----------------|------------------|------------------|--------------|-------|
| Auvergne-Rhône-Alpes | 13 | 3 | 36 | 2 | 4 | 58 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 5 | 2 | 17 | 0 | 2 | 26 |
| Bretagne | 2 | 1 | 14 | 0 | 2 | 19 |
| Centre-Val de Loire | 3 | 2 | 13 | 1 | 1 | 20 |
| Corse | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 4 |
| Grand Est | 9 | 4 | 32 | 1 | 4 | 50 |
| Hauts-de-France | 8 | 4 | 34 | 1 | 3 | 50 |
| Ile-de-France | 58 | 5 | 59 | 3 | 4 | 129 |
| Normandie | 5 | 2 | 17 | 2 | 2 | 28 |
| Nouvelle-Aquitaine | 8 | 1 | 27 | 1 | 3 | 40 |
| Occitanie | 6 | 3 | 24 | 1 | 3 | 37 |
| Pays de la Loire | 2 | 2 | 14 | 0 | 2 | 20 |
| Provence-Alpes-Côte-D'azur | 11 | 2 | 25 | 2 | 2 | 42 |
| FRANCE METROPOLITAINE | 132 | 31 | 314 | 14 | 32 | 523 |
| Antilles-Guyane | 4 | 2 | 3 | 0 | 1 | 10 |
| Réunion-Mayotte | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 10 |
| FRANCE ENTIERE | 139 | 35 | 320 | 15 | 34 | 543 |
| Nombre de centres formateurs 2 012 | Auxiliaires de puériculture | Puéricultrices | Infirmiers DE | Psychomotriciens | Sages femmes | Total |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 14 | 3 | 36 | 1 | 4 | 58 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 4 | 2 | 18 | 0 | 2 | 26 |
| Bretagne | 1 | 1 | 14 | 0 | 2 | 18 |
| Centre-Val de Loire | 3 | 2 | 13 | 0 | 1 | 19 |
| Corse | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Grand Est | 9 | 4 | 34 | 0 | 4 | 51 |
| Hauts-de-France | 7 | 4 | 34 | 1 | 3 | 49 |
| Ile-de-France | 54 | 6 | 59 | 2 | 4 | 125 |
| Normandie | 5 | 2 | 17 | 0 | 2 | 26 |
| Nouvelle-Aquitaine | 6 | 1 | 27 | 1 | 3 | 38 |
| Occitanie | 8 | 3 | 26 | 1 | 1 | 39 |
| Pays de la Loire | 2 | 2 | 14 | 0 | 2 | 20 |
| Provence-Alpes-Côte-D'azur | 9 | 2 | 24 | 2 | 2 | 39 |
| FRANCE METROPOLITAINE | 122 | 32 | 319 | 8 | 32 | 513 |
| Antilles-Guyane | 3 | 1 | 3 | 0 | 1 | 8 |
| Réunion-Mayotte | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 9 |
| FRANCE ENTIERE | 128 | 34 | 325 | 9 | 34 | 530 |

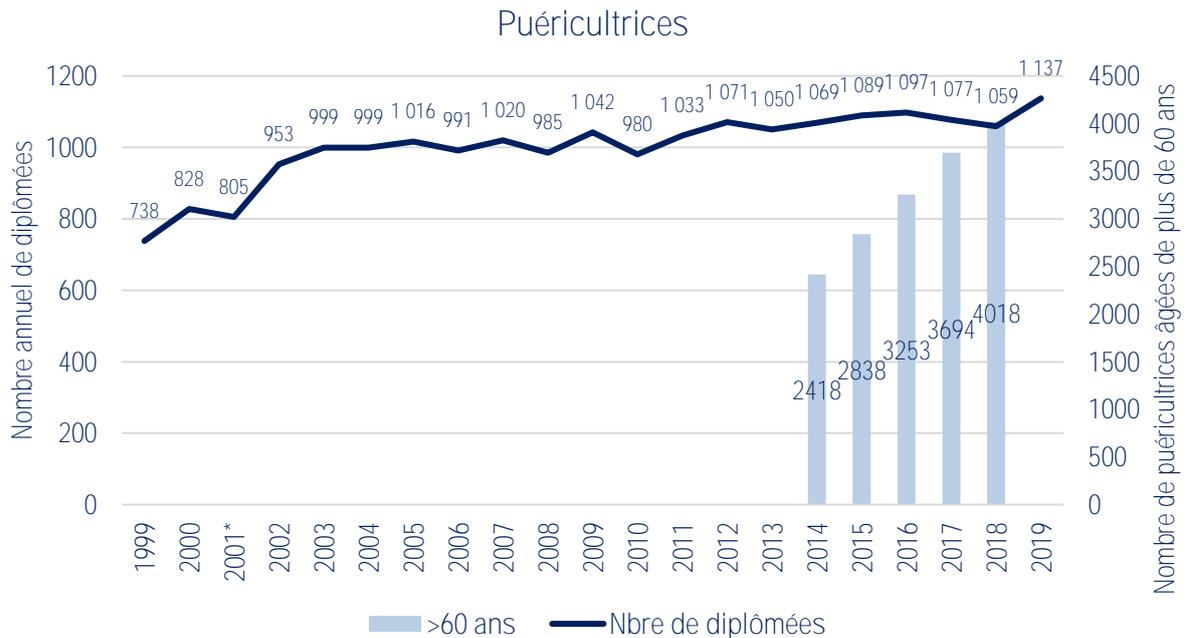
Le nombre d'inscrites en 1^{ère} année en 2019 était de 1160 en 2019 en France métropolitaine (cf. tableau 48 ci-après) stable depuis 2012. La région Ile-de-France accueille le plus grand nombre

des inscrites mais la démographie (cf. paragraphe démographie des puéricultrices) des puéricultrices, dans cette région, rapportée à la population d'enfants âgés de moins de 5 ans est la plus faible (4,2/100 000) en lien avec une inadéquation entre départs en retraite (21,2% d'âge>60ans en 2018) et/ou une « fuite » de professionnelles vers d'autres régions.

Tableau 48 – Nombre globale d'étudiant-e-s en 1^{ère} année en 2019 et en 2012

| 2019 | Aux. De puériculture | Puéricultrices | Infirmier(e)s | Psychomotricien(ne)s | Sages femmes | Total |
|----------------------------|----------------------|----------------|---------------|----------------------|--------------|--------|
| Auvergne-Rhône-Alpes | 781 | 136 | 3 797 | 127 | 131 | 4 972 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 139 | 41 | 1 411 | 0 | 54 | 1 645 |
| Bretagne | 171 | 30 | 1 207 | 0 | 56 | 1 464 |
| Centre-Val de Loire | 72 | 45 | 1 235 | 26 | 31 | 1 409 |
| Corse | 30 | 0 | 127 | 0 | 0 | 157 |
| Grand Est | 444 | 105 | 2 866 | 25 | 118 | 3 558 |
| Hauts-de-France | 237 | 126 | 4 053 | 74 | 107 | 4 597 |
| Ile-de-France | 2 572 | 281 | 6 232 | 391 | 164 | 9 640 |
| Normandie | 138 | 67 | 1 771 | 60 | 51 | 2 087 |
| Nouvelle-Aquitaine | 297 | 42 | 2 751 | 51 | 70 | 3 211 |
| Occitanie | 385 | 128 | 2 278 | 50 | 115 | 2 956 |
| Pays de la Loire | 64 | 60 | 1 366 | 0 | 52 | 1 542 |
| Provence-Alpes-Côte-D'azur | 828 | 99 | 2 444 | 141 | 73 | 3 585 |
| FRANCE METROPOLITAINE | 6 158 | 1 160 | 31 538 | 945 | 1 022 | 40 823 |
| Antilles-Guyane | 93 | 26 | 315 | 0 | 14 | 448 |
| Réunion-Mayotte | 73 | 17 | 261 | 25 | 26 | 402 |
| FRANCE ENTIERE | 6 324 | 1 203 | 32 114 | 970 | 1 062 | 41 673 |
| 2012 | Aux. De puériculture | Puéricultrices | Infirmier(e)s | Psychomotriciens | Sages femmes | Total |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 807 | 133 | 3 625 | 50 | 132 | 4 747 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 108 | 37 | 1 418 | 0 | 54 | 1 617 |
| Bretagne | 104 | 30 | 1 204 | 0 | 51 | 1 389 |
| Centre-Val de Loire | 76 | 44 | 1 172 | 0 | 33 | 1 325 |
| Corse | 0 | 0 | 130 | 0 | 0 | 130 |
| Grand Est | 405 | 115 | 3 052 | 0 | 124 | 3 696 |
| Hauts-de-France | 195 | 121 | 3 894 | 73 | 109 | 4 392 |
| Ile-de-France | 2 099 | 246 | 5 609 | 370 | 142 | 8 466 |
| Normandie | 125 | 46 | 1 669 | 0 | 54 | 1 894 |
| Nouvelle-Aquitaine | 232 | 40 | 2 688 | 50 | 80 | 3 090 |
| Occitanie | 206 | 131 | 2 107 | 51 | 107 | 2 602 |
| Pays de la Loire | 83 | 61 | 1 229 | 0 | 54 | 1 427 |
| Provence-Alpes-Côte-D'azur | 597 | 83 | 2 396 | 141 | 69 | 3 286 |
| FRANCE METROPOLITAINE | 5 037 | 1 087 | 30 193 | 735 | 1 009 | 38 061 |
| Antilles-Guyane | 68 | 20 | 284 | 0 | 21 | 393 |
| Réunion-Mayotte | 58 | 19 | 258 | 24 | 27 | 386 |
| FRANCE ENTIERE | 5 163 | 1 126 | 30 735 | 759 | 1 057 | 38 840 |

L'évolution du nombre annuel de diplômées selon les années est illustrée par le graphique ci-dessous. Ce nombre est stable depuis 2005 alors que la part de professionnelles âgées de 60 ans et plus s'élève et n'est pas compensée (source Data Drees).



*données estimées pour l'année 2001

Figure 21- Evolution du nombre annuel de diplômées selon les années et **nombre de puéricultrices âgées de plus de 60 ans** (source Data Drees).

En terme de contenu, la formation de puéricultrices couvre les champs suivants (le nombre d'heures est indicatif, il peut varier):

- Introduction à la formation,
- Politique de santé
- Organisation administrative sanitaire et sociale (140 h)
- Droit (20 h)
- Formation à l'éducation et à la relation (70 h)
- La profession (25 h)
- Sociologie (55 h)
- L'enfant : physiologie (23 h)
- L'enfant : pathologie environs 117 heures, dont période anténatale (6 h), période néonatale (25 h) et période de l'âge d'un mois à l'adolescence (86 h)
- Diététique infantile (60 h)
- Psychologie et psychosociologie (50 h)
- Psychopédagogie (40 h)
- Formation à la gestion et à l'organisation (50 h)

Les stages doivent s'effectuer dans un secteur en relation avec la fonction de puéricultrice diplômée d'Etat, avec un minimum de 25 à 30 % en secteur hospitalier et 25 à 30 % en secteur extrahospitalier.

En fin de formation, tout candidat au diplôme d'Etat devra pouvoir justifier d'une expérience en service de maternité, de néonatalogie, de pédiatrie, ainsi qu'en secteur de PMI et en crèche collective. Ceci inclut l'expérience acquise dans les expériences antérieures à l'entrée en formation.

Du fait de son obsolescence, le référentiel de formation conduisant au diplôme d'Etat de puéricultrice (13 juillet 1983) ne mentionne pas de compétences. Celles-ci ont en revanche fait

l'objet d'une proposition à la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS), dans le cadre du projet de réingénierie en 2009. Depuis, la profession et ses représentants considèrent que les compétences spécifiques des puéricultrices sont les suivantes :

- Evaluer l'état de santé et le développement des enfants et des adolescents
- Concevoir et conduire un projet de soins et d'éducation adapté à l'enfant
- Mettre en œuvre des soins adaptés aux enfants présentant des altérations de santé
- Accompagner et soutenir les familles dans le processus de parentalité
- Concevoir et mettre en œuvre des activités de promotion de la santé de l'enfant et de protection de l'enfance
- Organiser et coordonner les soins et les activités de développement et d'éveil pour des enfants et des adolescents
- Gérer les ressources d'un service ou d'un établissement d'accueil d'enfants
- Rechercher, traiter et produire des données professionnelles et scientifiques.

La formation des puéricultrices n'a pas fait l'objet d'une réingénierie à la suite de l'intégration des infirmiers dans le système licence master doctorat (LMD), contrairement à la spécialité d'infirmier anesthésiste, désormais reconnu au niveau master 2. Comme le soulignait déjà l'Ordre National des Infirmiers en 2010⁴⁵, les puéricultrices combinent des compétences expertes en soins, en éducation (favorable au développement de l'enfant dans son environnement) et en santé publique, promotion de la santé, prévention et évaluation des facteurs de risques. Depuis cette prise de position de l'Ordre Infirmier en 2010, d'autres rapports ont souligné la nécessité de confier aux puéricultrices des activités qui améliorerait la santé globale des enfants. Ceci est d'autant plus pertinent que les puéricultrices se retrouvent dans la plupart des lieux accueillant des enfants, en particulier les établissements de soins et de réadaptation, les établissements et services d'accueils d'enfants âgés de moins de 6 ans, les services de Protection et de promotion en faveur de la mère et de l'enfant et d'Aide Sociale à l'Enfance⁴⁶. De façon plus marginale, les puéricultrices exercent en libéral ou dans les organismes de formation des professions paramédicales. Toutefois, l'exercice libéral ne reconnaît pas la spécificité pédiatrique à travers des actes NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) dédiés, ce qui oblige les puéricultrices à s'installer en libéral comme infirmière et prescrire des actes infirmiers.

Une réflexion collective est à l'œuvre au sein du Comité d'Entente des Ecoles Préparant aux Métiers de l'Enfance (Ceepame) afin de préparer une intégration des puéricultrices dans le système LMD, a fortiori depuis la création des diplômes d'infirmiers en pratique avancée en 2018. Des annonces très récentes du ministre de la santé, Olivier Véran, laisse cependant entrevoir des possibilités d'évolution de la formation et de l'exercice des puéricultrices à court terme.

⁴⁵ Position adoptée par le Conseil national de l'Ordre des infirmiers le 7 décembre 2010 : *L'exercice infirmier en puériculture, une expertise globale de santé publique en vue de l'intérêt supérieur de l'enfant*. [position_puericultrice.pdf \(ordre-infirmiers.fr\)](https://www.ordre-infirmiers.fr/position-puericultrice.pdf)

⁴⁶ Marchal J (2012), « La profession d'infirmière puéricultrice, un métier en devenir tourné vers les pratiques avancées », EMC Savoirs et soins infirmiers, Vol. 7, N°3.

4.1.7. Sages-femmes

En France, depuis 2019 [[Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et Arrêté du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique](#)], les études de sage-femme durent au minimum 5 ans et se composent de⁴⁷ :

- une licence « Licence accès santé LAS » ou « Parcours d'accès spécifique santé PASS », de 1 à 3 ans.
- quatre années d'études au sein d'une école de sages-femmes.

La formation au sein des écoles de sages-femmes se compose de 2 cycles d'études. Le Premier Cycle (ou DFGSMa) : d'une durée de 3 ans (soit 6 semestres), il confère le Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques (DFGSMa). La 2ème année (DFGSMa 2) et la 3ème année (DFGSMa 3) alternent enseignements théoriques et pratiques. Les étudiants inscrits dans cette formation effectuent un service sanitaire (prévu par l'arrêté du 4 novembre 2019). L'arrêté du 19 juillet 2011 confère le grade de Licence aux Diplômes de Formation Générale en Sciences Maïeutiques (DFGSMa) délivrés à compter de la fin de l'année universitaire 2012-2013. Le Deuxième Cycle (ou DFASMa) est composé de 2 années d'études (soit 4 semestres), le deuxième cycle confère aux étudiants sages-femmes le Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques (DFASMa). Les 4ème année (DFASMa 1) et 5ème année (DFASMa2) allient également enseignements théoriques et pratiques. Les étudiants sages-femmes suivent en outre des modules relatifs à la contraception, l'échographie, l'Aide médicale à la procréation, etc. A l'issue de la 5ème année, il est délivré aux titulaires du DFASMa le diplôme d'état de sage-femme.

Le décret du 15 décembre 2014 permet désormais aux titulaires d'un diplôme d'Etat de sage-femme obtenu à compter de l'année universitaire 2014-2015 d'acquérir le grade universitaire de master de plein droit.

Ces études sont dispensées au sein de 32 écoles en France métropolitaine, la majorité de ces établissements sont hospitaliers. Le nombre de diplômés en 2019 étaient de 864 (cf. tableau 48 ci-dessus). Du fait du numerus clausus, le nombre d'inscrites en 1^{ère} année et de diplômées varie peu entre 2011 et 2019 (source Data Drees), respectivement de 1041 à 1062 inscrites et 919 à 864 reçues au diplôme.

La formation de sage-femme inclut les soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant (CSP Article L4151-1) et concerne le bébé jusqu'à 28 jours. L'Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme précise les contenus de l'UE Néonatalogie – pédiatrie (6 à 10 ECTS), dont les objectifs généraux sont les suivants :

- Participer à la prise en charge d'un nouveau-né présentant une pathologie ;
- Acquérir les bases de la physiologie néonatale suffisantes sur : l'adaptation à la vie extra-utérine, physiologie de l'hypoxie néonatale, l'algorithme de réanimation néonatale ; la participation à la prise en charge des urgences néonatales ; la surveillance, l'examen et la prise en charge du nouveau-né dans un cadre hospitalier et extrahospitalier.

4.1.8. Les auxiliaires de puériculture

Le diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture atteste de l'acquisition des compétences requises pour exercer la profession d'auxiliaire de puériculture sous la responsabilité d'un infirmier ou d'une infirmière puéricultrice dans le cadre de l'[article R. 4311-4 du code de la santé publique](#).

⁴⁷ [La formation initiale - Conseil national de l'Ordre des sages-femmes \(ordre-sages-femmes.fr\)](#)

En tant que professionnelle de santé, l'auxiliaire de puériculture est autorisée à dispenser des activités d'éveil et d'éducation et réaliser des soins d'hygiène et de confort pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de l'enfant, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier et des actes spécifiques définis prioritairement pour l'infirmière puéricultrice, en collaboration et dans le cadre d'une responsabilité partagée.

Trois missions reflétant la spécificité du métier sont ainsi définies : accompagner l'enfant dans les activités de sa vie quotidienne et sociale ; collaborer au projet de soins personnalisé dans son champ de compétences ; contribuer à la prévention des risques et au raisonnement clinique interprofessionnel. Les missions et les activités de l'auxiliaire de puériculture auxquelles sont associés des soins, sont définies dans un référentiel d'activités dédié (Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture) :

- Accompagnement et soins de l'enfant dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale en repérant les fragilités.
 - Appréciation de l'état clinique de la personne et mise en œuvre de soins adaptés en collaboration avec l'infirmier en intégrant la qualité et la prévention des risques.
 - Information et accompagnement des personnes et de leur entourage, des professionnels et des apprenants.
 - Entretien de l'environnement immédiat de la personne et des matériels liés aux activités de soins, au lieu et aux situations d'intervention.
 - Transmission, quels que soient l'outil et les modalités de communication, des observations recueillies pour maintenir la continuité des soins et des activités
- Le diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture atteste de l'obtention et de la validation des cinq blocs de compétences. Le diplôme d'Etat est enregistré au niveau 4 du cadre national des certifications professionnelles.

En France métropolitaine, leur formation s'effectue au sein de 132 centres/écoles avec 6 158 inscrit(e)s et 4 883 diplômés en 2019 (cf. tableau 48) ; 42% s'inscrivent en région Ile-de-France. Depuis 2005, le nombre d'inscrits a été multiplié par 2 et le nombre de diplômées a augmenté de plus de 80%.

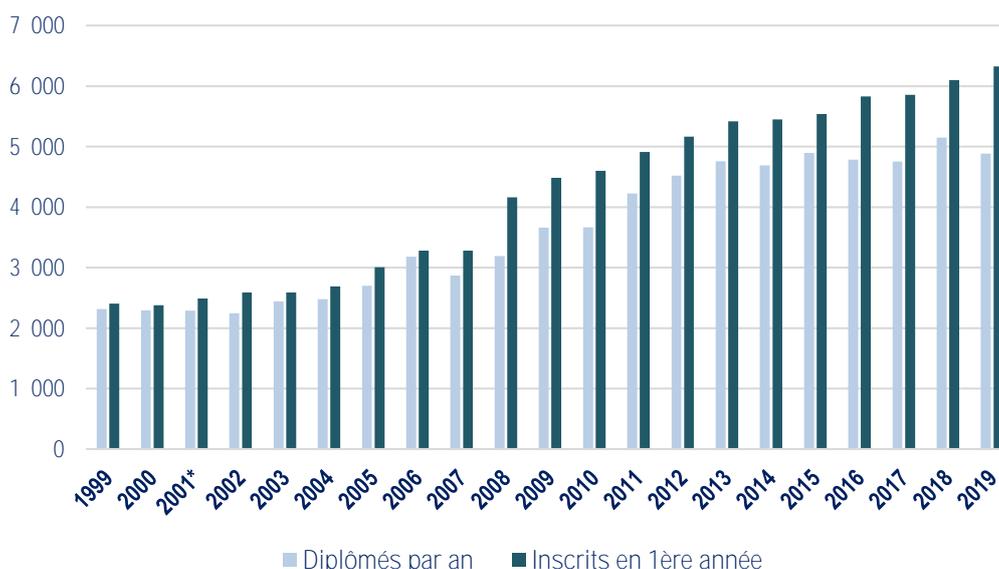


Figure 22- Nombre de nouvelles auxiliaires de puériculture

La formation, qui se déroule sur une année (1 540 heures), comprend 22 semaines de formation théorique et 22 semaines de stage clinique (4 périodes). Les auxiliaires de puériculture exercent dans les lieux de vie des enfants (établissements d'accueil de jeunes enfants, centres de l'enfance et de la famille, pouponnières, établissements d'accueil pour enfants en situation de handicap, etc.), mais aussi dans les milieux hospitaliers accueillant des enfants (maternité, services de pédiatrie, etc.). Les compétences qui leur sont reconnues par leur diplôme d'Etat sont réparties en blocs et modules :

Bloc 1

Module 1 (147 h) – Accompagnement de l'enfant dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale

Module 1bis (28 h) – Activités d'éveil, de loisirs, d'éducation et d'accompagnement à la vie sociale

Module 2 (21 h) – Repérage et prévention des situations à risque

Bloc 2

Module 3 (77 h) – Evaluation de l'état clinique d'une personne

Module 4 (154 h) – Mise en œuvre des soins adaptés, évaluation et réajustement

Module 5 (35 h) – Accompagnement de la mobilité de la personne aidée

Bloc 3

Module 6 (70 h) – Relation et communication avec les personnes et leur entourage

Module 7 (21 h) – Accompagnement des personnes en formation et communication avec les pairs

Bloc 4

Module 8 (35 h) – Entretien des locaux et des matériels et prévention des risques associés

Bloc 5

Module 9 (35 h) – Traitement des informations

Module 10 (70 h) – Travail en équipe pluri professionnelle, qualité et gestion des risques

On peut donc considérer qu'à l'instar de l'infirmière puéricultrice, l'auxiliaire de puériculture est spécialiste de l'enfant. Contrairement à la puéricultrice, sa spécialité ne s'acquiert pas après une formation socle généraliste. Notons toutefois que le nouveau référentiel accroît le nombre de blocs de compétences communs avec les aides-soignants, semblant vouloir prioriser la polyvalence sur l'expertise pédiatrique.

4.2. Professions de santé d'exercice non exclusivement dédié à la prise en charge de la santé de l'enfant

4.2.1. Médecins généralistes

Le DES de médecine générale est un DES en 3 ans (6 semestres). Les objectifs généraux de la formation tels que précisés dans l'arrêté du 21 avril 2017³³ sont les suivants et visent à certifier l'ensemble des six compétences pour l'exercice de la médecine générale : premier recours, urgence ; relation, communication, approche centrée patient ; approche globale, prise en compte de la complexité ; éducation, prévention, santé individuelle et communautaire ; continuité, suivi, coordination des soins autour du patient ; professionnalisme.

Le nombre de postes ouverts dans la spécialité au titre de l'année universitaire 2020-2021 selon la faculté de rattachement¹⁴ est de 3 177 (4 795 sur l'année 2006-2007, source ONDPS⁴⁸), soit 34% de postes en moins sur 15 ans.

Tableau 49 – Nombre de postes ouverts dans le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale pour l'année universitaire 2020-2021 selon l'université de rattachement

| Centre hospitalier universitaire (CHU) | Nombre de postes ouverts DES de médecine générale |
|---|---|
| Martinique/Point-à-Pitre | 68 |
| Clermont-Ferrand | 69 |
| Grenoble | 98 |
| Hospices civils de Lyon | 129 |
| Saint-Etienne | 76 |
| Besançon | 72 |
| Dijon | 79 |
| Brest | 99 |
| Rennes | 108 |
| Tours | 100 |
| Nancy | 122 |
| Reims | 67 |
| Strasbourg | 113 |
| Amiens | 86 |
| Lille | 190 |
| Assistance publique-Hôpitaux de Paris | 463 |
| Caen | 87 |
| Rouen | 106 |
| Bordeaux | 142 |
| Limoges | 41 |
| Poitiers | 99 |
| Montpellier-Nîmes | 116 |
| Toulouse | 129 |
| La Réunion | 61 |
| Angers | 107 |
| Nantes | 103 |
| Assistance publique-Hôpitaux de Marseille | 180 |
| Nice | 67 |
| Total | 3177 |

L'organisation générale du DES est détaillée en Annexe 2. Il est « découpé » en 3 phases : socle (durée 1 an, 2 semestres), approfondissement (durée 2 ans, 4 semestres). C'est au cours de cette phase d'approfondissement (2^{ème} année du DES) que l'étudiant doit effectuer un stage intitulé « **stage en santé de l'enfant** », réalisé auprès d'un ou des praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) (MSU) pour au moins l'un d'entre eux à titre principal en médecine générale ou à défaut à titre complémentaire en médecine générale ; et/ou dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en pédiatrie et/ou à titre complémentaire en médecine générale. En cas de capacités de formation insuffisantes (défaut numérique de terrain de stage), l'étudiant peut accomplir un stage couplé en santé de la femme et en santé de l'enfant c'est-à-dire un seul semestre de formation aux deux intitulés en lieu et place de deux semestres distincts l'un en santé de l'enfant, l'autre en santé de la femme. C'est-à-dire qu'il existe des inégalités de formation, **certaines futur-e-s médecins**

⁴⁸ ONDPS. La médecine générale rapport 2006-2007 <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/084000372.pdf>

généralistes n'auront pas été formés au moins 6 mois à la santé de la femme ou à la santé de l'enfant.

Le stage ambulatoire en santé de l'enfant permet à l'étudiant en médecine générale (EMG) d'être confronté quotidiennement à au moins un des cinq motifs de consultations les plus fréquents en médecine générale dans le domaine de la pédiatrie (état fébrile, examen systématique et prévention, vaccination, rhinopharyngite et autres affections respiratoires hautes, état morbide fébrile). L'EMG doit avoir rencontré et appris à « gérer » les familles de situations types et leurs déclinaisons au cours de son cursus. Les familles de situation englobant des spécificités de l'enfant ou l'adolescent sont : situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent, situations autour de la sexualité et de la génitalité de l'homme et de la femme.

En ambulatoire, les sites de stages validant le semestre intitulé « santé de l'enfant » comprennent des MSU agréées qui peuvent être des pédiatres, des médecins en centre de planification ou en PMI, des médecins généralistes avec une activité décrite par les référentiels de certains DUMG comme importante en santé de l'enfant ou encore exercice « renforcé » dans la spécialité. Le qualificatif « importante » ou « renforcé » n'est pas traduit par un nombre journalier minimum de patients pédiatriques. Dans d'autres DUMG, le critère d'acceptation d'un MSU comme lieu de stage agréé en Santé de l'enfant est un relevé individuel d'activité professionnel (RIAP) attestant d'un pourcentage de consultation de patients âgés de moins de 16 ans supérieur à 25%.

Les enseignements sont organisés et délivrés par les maîtres de conférence universitaires et les professeurs universitaires de la spécialité de médecine générale. Ces enseignements reposent sur différentes modalités pédagogiques (enseignements dirigés par famille de situation ; enseignements facultaires obligatoires [groupe de formation à la relation thérapeutique, groupe d'échanges de pratique (GEP), séances d'apprentissage par résolution de problèmes, module simulation / gestes techniques par exemple; enseignement/ressources « à la carte » dont module professionnalisme, module communication/relation et module actualités/champs disciplinaires [au sein duquel, certains DUMG proposent « Repères pour le suivi du nourrisson et de l'enfant »]).

Selon les DUMG, le volume horaire consacré aux enseignements en santé de l'enfant est souvent présenté sous la forme de séminaires de 2 jours soit 12 h d'enseignement dédié par différentes méthodes pédagogiques dont simulation basse fidélité (examen des hanches du nouveau-né par exemple). Ces enseignements sont divisés en modules ou thématiques de suivi-dépistage (nourrisson [examen clinique, relation mère-enfant, conseils en alimentation-diversification, planification du suivi, organisation des dépistages et calendrier vaccinal], enfants [développement du langage, obésité, dépistage des troubles orthopédiques, anomalies urogénitales, autisme], adolescents (puberté, avance et retard pubertaires) et pathologies/urgences courantes des nourrissons (déshydratation, gastroentérites, bronchiolites, otite, fièvre, maladies éruptives), de l'enfant (trauma crânien, appendicite, traumatologie, « rhume » de hanche, torsion testicule) et dépistage/signalement maltraitance. Les prérequis à cet enseignement sont la connaissance des items de Pédiatrie des épreuves classantes nationales (ECN).

Ce DES n'ouvre pas la possibilité d'accéder à une option mais à des formations spécialisées transversales (FST) dont celles recommandées par la spécialité : addictologie, douleur, expertise médicale - préjudice corporel, médecine du sport, médecine scolaire, soins palliatifs. Le nombre de postes ouverts dans ces FST est résumé dans le tableau suivant :

**Tableau 51 – Nombre de places ouvertes par centres de formation aux métiers d’orthophonistes
sur l’année universitaire 2020-2021**

| Région | Centres | Nombre de places rentrée 2020 | Total Région | Population âge < 15 ans* |
|----------------------------|------------------|-------------------------------|--------------|--------------------------|
| Hauts-de-France | Amiens | 37 | 127 | 114 5263 |
| | Lille | 90 | | |
| Bourgogne-Franche-Comté | Besançon | 35 | 35 | 468 618 |
| | Bordeaux | 36 | | |
| Nouvelle-Aquitaine | Limoges | 24 | 85 | 951 881 |
| | Poitiers | 25 | | |
| | Brest | 30 | | |
| Bretagne | Rennes | 30 | 60 | 571 134 |
| | Caen | 35 | | |
| Normandie | Rouen | 35 | 70 | 583 658 |
| | Clermont-Ferrand | 25 | | |
| Auvergne-Rhône-Alpes | Lyon | 100 | 125 | 145 1214 |
| | Marseille | 40 | | |
| Provence-Alpes-Côte-D'azur | Nice | 40 | 80 | 846 471 |
| | Montpellier | 38 | | |
| Occitanie | Toulouse | 38 | 76 | 975 701 |
| | Nancy | 40 | | |
| Grand Est | Strasbourg | 38 | 78 | 938 335 |
| | Nantes | 48 | | |
| Pays de la Loire | Paris | 132 | 48 | 694 615 |
| Ile-de-France | Tours | 50 | 132 | 2 384 569 |
| Centre-Val de Loire | | | 50 | 450 013 |

*Source Insee, estimation population au 1^{er} janvier 2019

L’organisation de la formation est détaillée dans le Décret n° 2013-798 du 30 août 2013⁵¹ relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d’orthophoniste, publié au J.O. du 1^{er} septembre 2013 et dans le bulletin officiel n°32 du 5 septembre 2013 (Ministère de l’Enseignement supérieur et de la Recherche⁵²) qui sert de référentiel pour la spécialité.

Les études comportent dix semestres de formation organisés en deux cycles. Le premier cycle (les 3 premières années) comprend six semestres de formation validés par l’obtention de 180 crédits européens (ECTS). Le deuxième cycle comprend, quant à lui, quatre semestres de formation validés par l’obtention de 120 crédits européens (ECTS).

La formation est composée de 12 modules répartis sur les différents semestres :

1. Sciences humaines et sociales (40 ECTS)
2. Sciences biomédicales (35 ECTS)
3. Sciences physiques et techniques (6 ECTS)
4. Orthophonie : la profession (14 ECTS)
5. Pratiques professionnelles (91 ECTS)
6. Formation à la pratique clinique (46 ECTS) = les stages
7. Recherche en orthophonie (32 ECTS)
8. Compétences transversales (13 ECTS)
9. Santé publique (8 ECTS)
10. Evaluation des pratiques professionnelles (1 ECTS)
11. Séminaires professionnels (2 ECTS)
12. UE Optionnelles obligatoires (12 ECTS)

⁵¹ [Décret n° 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/)

⁵² Bulletin officiel n°32 du 5 septembre 2013 annexe 1- Certificat de capacité d’orthophonie- [referentiel-activités-orthophoniste \(enseignementsup-recherche.gouv.fr\)](https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/)

4.2.3. Psychomotricien(ne)s

Le décret n° 88.659 du 6 mai 1988 pris en application de l'article L. 372 du code de la Santé Publique, fixe la liste des actes du champ de compétence des psychomotriciens complété par la loi N° 95-116 du 4 février 1995 parue au J.O. le 5 février 1995⁵³ et l'inscription au Livre IV du code de la Santé Publique de la profession de psychomotricien pour définir les actes professionnels que les psychomotriciens sont habilités à accomplir.

Le psychomotricien est titulaire d'un Diplôme d'État qui se prépare en trois ans dans un institut de formation agréé. Trois modèles de centres existent :

- des centres exclusivement universitaires (Lyon, Bordeaux, Toulouse, Paris La Salpêtrière),
- des centres adossés à des établissements hospitaliers régionaux (exemple de Brest, Mulhouse, Les Mureaux),
- des centres privés sous convention avec des universités (Paris, Lille, Marseille, Vichy)

Le DE de psychomotricien forme à la prise en charge de troubles moteurs d'origine psychologique (troubles de l'attention, instabilité, maladies psychosomatiques). A la fois thérapeute et rééducateur, le professionnel utilise des techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, et d'expression corporelle ou plastique (activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination). L'objectif est d'aider le patient à maîtriser son corps, à améliorer son comportement ou, mieux encore, à se débarrasser de ses troubles. Surtout présent dans le domaine de l'enfance ou de l'adolescence, il exerce dans les centres médico-psychopédagogique, les établissements hospitaliers, les instituts médico-éducatif ou les hôpitaux psychiatriques.

En 2020, selon les instituts, l'accès à la formation se fait sur dossier, ou après une première année d'études universitaire (PACES, L1 STAPS, L1 Sciences). Quelques concours demeurent. Le nombre d'inscrits autorisés par année est défini par arrêté.

Pendant ces 3 années, l'étudiant suit un enseignement théorique (1 392h), un enseignement pratique (450 h – psychomotricité, relaxation, expression corporelle et scénique, etc.) et des stages en milieux professionnels (680 h), des enseignements théorico-cliniques (études de cas, 100 heures en 2ème et 3ème année) et un mémoire en fin de 3ème année. La formation s'appuie sur le référentiel de compétences des psychomotriciens. Elle est composée de 8 domaines d'enseignements : santé publique, anatomie, physiologie neuromusculaire et notions de neuro-physiopathologie, psychologie, psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte, psychomotricité générale, pédiatrie et neuro-pédiatrie, pratiques psychomotrices (relaxation, conscience corporelle, pratiques théâtrales, toucher thérapeutique, expressivité du corps, pratiques sportives et artistiques adaptées, etc.)

La France entière compte en 2019, 15 centres de formation à cette spécialité soit trois centres supplémentaires comparé à 2016. **Cinq régions de France métropolitaine et la région Antilles-Guyane en sont dépourvues dont deux régions pour lesquelles les densités en professionnels de santé de l'enfance sont faibles** (Bourgogne-Franche-Comté et Pays de la Loire) (cf. tableau 52 infra).

⁵³ <http://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000166739/>

Tableau 52 – Répartition des centres de formation à la profession de psychomotricien-ne-s et nombre d'inscrits en 1^{ère} année en 2019

| Régions 2019 | Nombre de centres | Inscrits en 1 ^{ère} année | Total inscrits |
|----------------------------|-------------------|------------------------------------|----------------|
| France métropolitaine | 14 | 945 | 2947 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 2 | 127 | 332 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 0 | 0 | 0 |
| Bretagne | 0 | 0 | 0 |
| Centre-Val de Loire | 1 | 26 | 80 |
| Corse | 0 | 0 | 0 |
| Grand Est | 1 | 25 | 74 |
| Hauts-de-France | 1 | 74 | 216 |
| Ile-de-France | 3 | 391 | 1265 |
| Normandie | 2 | 60 | 181 |
| Nouvelle-Aquitaine | 1 | 51 | 177 |
| Occitanie | 1 | 50 | 159 |
| Pays de la Loire | 0 | 0 | 0 |
| Provence-Alpes-Côte-D'azur | 2 | 141 | 463 |
| Antilles-Guyane | 0 | 0 | 0 |
| Réunion-Mayotte | 1 | 25 | 80 |

Après une longue stagnation des effectifs entre 1990 et 2006, le nombre de diplômés a augmenté et a été multiplié par 3,5 entre 1990 et 2019 (cf. Fig.11 ci-après) notamment sous l'impulsion du plan Alzheimer. Des projets d'ouverture d'autres instituts de formation sont en cours. Le taux d'insertion professionnelle est proche de 100% et le taux d'abandon durant les études quasi nul.

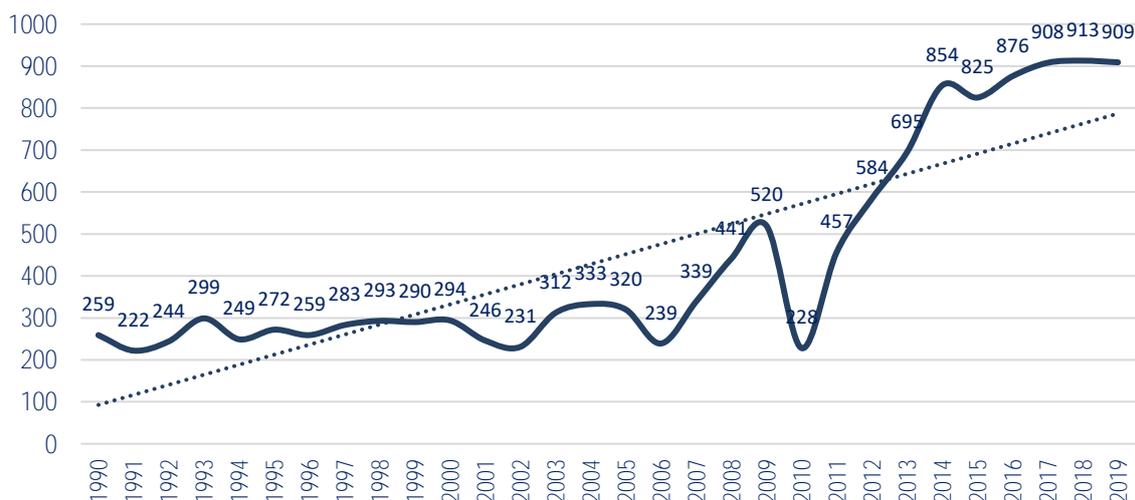


Figure 23– Evolution du nombre de diplômé(e)s au métier de psychomotricien (ne)s entre 1990 et 2019

Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 du Décret n° 88.659 du 6 mai 1988⁵⁴ sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient : 1) Bilan psychomoteur 2) Éducation précoce et stimulation psychomotrice 3) Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants, au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination : – retards du développement psychomoteur, – troubles de la maturation et de la régulation tonique, – troubles du schéma corporel, – troubles de la latéralité, – troubles de l'organisation spatio-temporelle, – dysharmonies psychomotrices, – troubles tonico-émotionnels, – maladrotes motrices et gestuelles, dyspraxies, – débilité motrice, – inhibition psychomotrice, – instabilité

⁵⁴ <http://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000693097/>

psychomotrice, – troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.

4) Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique. Les travaux relatifs au référentiel d'activité et au référentiel de compétences entamés en 2008 et qui stagnaient depuis 2010 devraient être réamorçés en 2022 avec la direction générale de l'offre de soins.

4.3. Professionnels relevant du Code de l'Action Sociale et des Familles ou du Code de l'Education qui contribuent à la santé de l'enfant.

Pouvant eux aussi être spécialisés dans l'enfance, ils participent à la santé globale de l'enfant par leurs actions sur le développement de l'enfant, l'éducation ou la parentalité.

Parmi eux : (Code de l'Action Sociale et des familles, livre IV titre V sous-section 3)

- **Educateur de jeunes enfants** : diplôme de niveau 6 licence, dont le champ d'exercice concerne l'enfant jusqu'à 7 ans. Le diplôme d'éducateur de jeunes enfants atteste des compétences nécessaires pour « accompagner des jeunes enfants dans une démarche éducative et sociale globale, en lien avec leur famille ». La formation s'effectue en trois ans dans une des 51 formations proposées en établissement de statut privé non lucratif de France métropolitaine et DOM. En 2019, 2 292 étudiants étaient inscrits en 1^{ère} année (femmes 96,4%), 6 143 inscrits totaux (3 années) et 1 768 diplômés hors VAE (données Data Drees, formation aux professions du social).

- **Educateur Spécialisé** (diplôme de niveau 6 licence): possède les compétences nécessaires pour « accompagner dans une démarche éducative et sociale globale, des personnes, des groupes ou des familles en difficulté de développement de leurs capacités de socialisation, d'autonomie, d'intégration ou d'insertion ». A ce titre, ils interviennent dans les centres d'accueil d'enfants (CDEF), d'adolescents (MECS), d'enfants en situation de handicap, etc. Ils participent également aux actions de l'Aide Sociale à l'Enfance, où ils sont fortement représentés. L'éducateur technique spécialisé assure la formation professionnelle des personnes handicapées ou inadaptées. Au sein d'une structure pour adolescents ayant des troubles du comportement, il aide les jeunes à découvrir leurs aptitudes et à vivre en équipe. Dans un Esat (établissement et service d'aide par le travail), il permet aux adultes handicapés de s'adapter à un poste de travail. Il favorise ainsi leur autonomie et leur insertion socio-professionnelle.

Tableau 53 – Evolution du nombre d'éducateurs de jeunes enfants et spécialisés entre 2008 et 2019

| Professions (*) | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Nombre de formations | | | | | | | | | | | | |
| Educateur technique spécialisé | 29 | 29 | 27 | 27 | 29 | 29 | 28 | 27 | 26 | 26 | 27 | 26 |
| Educateur spécialisé | 75 | 79 | 79 | 79 | 81 | 82 | 85 | 85 | 84 | 85 | 87 | 86 |
| Educateur de jeunes enfants | 38 | 41 | 42 | 45 | 47 | 45 | 47 | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 |
| Inscrits en 1 ^{ère} année | | | | | | | | | | | | |
| Educateur technique spécialisé | 223 | 237 | 253 | 229 | 259 | 194 | 179 | 194 | 166 | 155 | 155 | 196 |
| Educateur spécialisé | 4398 | 4484 | 4408 | 4331 | 4331 | 4281 | 4325 | 4288 | 4316 | 4267 | 4404 | 4707 |
| Educateur de jeunes enfants | 1564 | 1643 | 1636 | 1781 | 1729 | 1775 | 1843 | 1941 | 1964 | 1940 | 1956 | 2292 |
| Total inscrits | | | | | | | | | | | | |
| Educateur technique spécialisé | 828 | 814 | 787 | 754 | 804 | 723 | 690 | 641 | 601 | 569 | 490 | 481 |
| Educateur spécialisé | 13732 | 13635 | 14262 | 14398 | 13936 | 13570 | 13801 | 13732 | 13593 | 13935 | 13684 | 13901 |
| Educateur de jeunes enfants | 4611 | 4776 | 4901 | 5123 | 5194 | 5341 | 5427 | 5542 | 5732 | 5802 | 5691 | 6143 |
| Effectifs de diplômés | | | | | | | | | | | | |
| Educateur technique spécialisé | 303 | 297 | 258 | 235 | 215 | 236 | 214 | 212 | 196 | 183 | 184 | 145 |
| Educateur spécialisé | 4326 | 4329 | 3820 | 4163 | 4541 | 4408 | 4259 | 4153 | 4065 | 4105 | 3811 | 3689 |
| Educateur de jeunes enfants | 1302 | 1247 | 1398 | 1406 | 1494 | 1516 | 1660 | 1596 | 1622 | 1645 | 1669 | 1556 |

(*) Les DEETS, DEASS, DEES, DEEJE et DECESF seront des diplômes reconnus de niveau 6 en 2021 (étudiants ayant commencé leur formation à partir de septembre 2018 pour le DEETS, DEASS, DEES, DEEJE et DECESF, 2020 pour le DECSF) - Source : DREES, enquête Écoles 1982-2019.

La répartition des inscrits totaux et diplômés selon les régions (rentrées 2019 et 2011) est illustrée par le tableau 54 ci-après. **Certaines régions comme Pays de la Loire, Corse, la Réunion ou la Martinique ne forment pas d'éducateur technique spécialisé.** Entre 2011 et 2019, il existe une baisse importante des inscrits dans les filières éducatives de formation aux métiers d'éducateur technique spécialisé et éducateur spécialisé tandis que la filière des éducateurs de jeunes enfants augmente. Il existe des disparités régionales non en proportion des populations respectives : par exemple, la région Grand Est (5,6 millions d'habitants en 2020) totalisait quasiment autant d'inscrits totaux éducateur technique spécialisé sur trois formations que les régions Nouvelle-

Aquitaine et Occitanie réunies (12 millions d'habitants en 2020) sur 6 formations. De même, la région Bretagne (3,3 millions d'habitants) et ses 49 inscrits, 24 diplômés en 2019 comparée à la Nouvelle-Aquitaine (5,9 millions d'habitants) et 19 diplômés. Pour les éducateurs de jeunes enfants, la région Grand Est avait autant de diplômés en 2019 que la région Auvergne-Rhône-Alpes alors que cette dernière a une population de jeunes enfants (âge <5ans) bien plus élevée.

Tableau 54 - Répartition des inscrits totaux et diplômés selon les régions (rentrées 2019 et 2011)

| Rentrée 2019 (Source Data Drees) | Inscrits totaux | | | Diplômés | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| | Educateur technique spécialisé | Educateur spécialisé | Educateur de jeunes enfants | Educateur technique spécialisé | Educateur spécialisé | Educateur de jeunes enfants |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 31 | 1 340 | 563 | 8 | 429 | 150 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 58 | 397 | 219 | 13 | 112 | 55 |
| Bretagne | 49 | 763 | 166 | 24 | 205 | 49 |
| Centre-Val de Loire | 54 | 629 | 146 | 9 | 132 | 36 |
| Corse | 0 | 25 | 9 | 0 | 9 | 6 |
| Grand Est | 78 | 1 115 | 572 | 22 | 334 | 154 |
| Hauts-de-France | 15 | 1 889 | 421 | 8 | 387 | 97 |
| Île-de-France | 11 | 2 836 | 2 022 | 9 | 758 | 565 |
| Normandie | 40 | 721 | 230 | 10 | 146 | 31 |
| Nouvelle-Aquitaine | 44 | 1 174 | 369 | 19 | 366 | 88 |
| Occitanie | 47 | 1 186 | 446 | 13 | 312 | 92 |
| Pays de la Loire | 0 | 492 | 317 | 0 | 130 | 94 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 24 | 941 | 419 | 7 | 294 | 101 |
| France métropolitaine | 451 | 13 508 | 5 899 | 142 | 3 614 | 1 518 |
| Guadeloupe | 30 | 116 | 43 | 0 | 20 | 4 |
| Guyane | 0 | 40 | 25 | 0 | 3 | 0 |
| La Réunion | 0 | 153 | 122 | 3 | 34 | 20 |
| Martinique | 0 | 65 | 54 | 0 | 18 | 14 |
| Mayotte | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| France métropolitaine et DROM | 481 | 13 901 | 6 143 | 145 | 3 689 | 1 556 |
| Rentrée 2011 | | | | | | |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 77 | 1659 | 647 | 29 | 506 | 200 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 69 | 411 | 182 | 15 | 112 | 42 |
| Bretagne | 85 | 738 | 111 | 42 | 252 | 27 |
| Centre-Val de Loire | 70 | 654 | 146 | 11 | 197 | 34 |
| Corse | 0 | 29 | 0 | 0 | 26 | 0 |
| Grand Est | 81 | 1171 | 511 | 23 | 331 | 164 |
| Hauts-de-France | 55 | 1802 | 370 | 17 | 504 | 98 |
| Île-de-France | 51 | 3155 | 1683 | 17 | 916 | 508 |
| Normandie | 66 | 655 | 125 | 18 | 188 | 41 |
| Nouvelle-Aquitaine | 70 | 1176 | 295 | 12 | 338 | 40 |
| Occitanie | 43 | 1127 | 359 | 24 | 329 | 112 |
| Pays de la Loire | 35 | 528 | 317 | 7 | 152 | 83 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 30 | 900 | 290 | 17 | 224 | 85 |
| France métropolitaine | 744 | 14004 | 4842 | 235 | 4064 | 1361 |
| Antilles-Guyane | 0 | 184 | 153 | 0 | 49 | 22 |
| La Réunion | 10 | 210 | 128 | 0 | 50 | 23 |
| Mayotte | - | - | - | - | - | - |
| France métropolitaine et DROM | 754 | 14398 | 5123 | 235 | 4163 | 1406 |

- les titulaires du **CAP Accompagnateur Educatif Petite Enfance** (diplôme de niveau 3, formation en 2 ans, arrêté du 30 novembre 2020⁵⁵, anciennement CAP Petite Enfance): participe, dans une équipe pluridisciplinaire en structure collective (école maternelle ou EAJE) ou en accueil individuel, à l'accueil des enfants de moins de 6 ans. Leurs compétences recouvrent la mise en œuvre des conditions favorables au développement des enfants (activités, apprentissages), les soins

⁵⁵ [Arrêté du 30 novembre 2020 portant création de la spécialité « Accompagnant éducatif petite enfance » de certificat d'aptitude professionnelle et fixant ses modalités de délivrance \(rectificatif\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

quotidiens aux enfants accueillis (réponse aux besoins, repas, etc.). Enfin, ils contribuent à la mise en œuvre des protocoles sanitaires concernant la structure ou les enfants (gestes d'urgence, protocoles d'accueil individualisé).

5. Discussion

La démographie défavorable des professionnels de santé participe du constat de dégradation de l'accès des enfants à une prise en charge spécialisée. Leurs effectifs sont régulièrement insuffisants, vieillissants avec inadéquation entre le nombre annuel d'étudiants en formation et celui des départs à la retraite.

Dans cette temporalité d'évolution démographique et sans progression de la formation et des compétences, la primauté de l'intérêt supérieur de l'enfant n'est pas garantie. Ce constat ne vérifie pas les recommandations de la Convention internationale des droits des enfants⁵⁶, en particulier dans son article 3-1 à 3-3 « *1 | Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale. 2 | Les États parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées. 3 | Les États parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié.* » La Convention internationale des droits de l'enfant⁵⁵ n'est pas appliquée tous les jours, les critères de certification (2010) émis par la Haute autorité de santé (HAS)⁵⁷ précisant que « les établissements de santé accueillent des enfants et des adolescents (HAS) par du personnel qualifié en formation initiale ou en formation continue » sont régulièrement non validés. Tous les enfants devraient pouvoir bénéficier d'une expertise pédiatrique répondant à leurs besoins et dans des délais courts, quels que soient leur origine, leur lieu d'habitation, ou leur position sociale.

Il est prévisible que cette pénurie d'experts en santé de l'enfant va s'aggraver alors que les besoins de santé des enfants et adolescents se majorent : augmentation du taux d'obésité d'ici 2040, majoration des problématiques de santé mentale chez les adolescents, des comportements à risque, des addictions, augmentation des filières de patients pédiatriques atteints de maladies chroniques. Ces besoins doivent trouver une réponse dans l'action publique par l'accès à un meilleur dépistage, une meilleure prise en charge, etc. Le nombre de pédiatres surspécialisés et autres professionnel(le)s expert(e)s dans les maladies chroniques ou multisystémiques, les maladies mentales, les retards ou troubles développementaux, la néonatalogie, l'adolescence, les soins palliatifs devrait être suffisant dans chaque région pour répondre à ces besoins spécifiques.

Plusieurs régions cumulent ces défauts d'expertise dans toutes les professions (hors DROM, c'est le cas des régions Bourgogne-Franche-Comté et Centre-Val de Loire en particulier), régions où existe donc un *a priori* de perte de chance et de retard de diagnostic pour certaines prises en charge en santé de l'enfant. L'accès à une expertise pédiatrique est indispensable pour les

⁵⁶ Convention internationale des droits de l'enfant www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/50154.pdf

⁵⁷ Guide méthodologique HAS octobre 2012 http://www.has-sante.fr/jcms/c_2795633/fr/enjeux-et-specificites-de-la-prise-en-charge-des-enfants-et-des-adolescents-en-etablissement-de-sante

pathologies aiguës graves du nouveau-né à l'adolescent qui doivent pouvoir être dirigés rapidement par un transport médicalisé pédiatrique vers des unités d'urgences, de réanimation et de soins intensifs néonatales et pédiatriques dimensionnées en nombre de lits et d'effectifs pour une population à risque donnée.

5.1. Perspectives démographiques et disparités régionales

Comparée aux autres pays d'Europe, la France est très mal positionnée en matière de densité pour certaines professions : pédiatres et pédopsychiatres en particulier et elle se situe au 23^{ème} rang mondial pour la mortalité infantile et cette position n'évolue pas depuis plusieurs années. Elle est aussi très en retard sur la formation de puéricultrices de pratique avancée et de l'attendue et nécessaire universitarisation de leur profession, première spécialité infirmière en terme numérique.

5.1.1. Pédiatres, médecins généralistes

Compte tenu des démographies actuelles respectives des pédiatres libéraux et des médecins généralistes, l'heure n'est pas à l'opposition des deux spécialités mais à une complémentarité d'activité dans le respect des compétences de chacun entre spécialistes de l'enfant et praticien de premier recours. La démographie des pédiatres libéraux est marquée par de grandes inégalités sur le territoire, certaines régions (IDF, PACA) sont privilégiées en densité (tableau 5) mais leur moyenne d'âge est la plus élevée. D'autres régions comme Bourgogne Franche Comté cumulent des densités faibles des différents professionnels en santé de l'enfant ce qui va poser des problèmes dans les années à venir. La tendance évolutive de réduction démographique des médecins généralistes ne va pas s'inverser avant 2030. La démographie des pédiatres au titre de surspécialité (pneumopédiatre, neuropédiatre, endocrinopédiatres, etc.) est difficile à appréhender car avant la réforme des DES, le diplôme de surspécialité du pédiatre ne pouvait pas être enregistré auprès des différents conseils départementaux de l'Ordre des médecins, comme désormais possible depuis la mise en place des options (une année de formation supplémentaire dans le cursus) dans le DES de pédiatrie (réanimation, pneumologie, néonatalogie, hémato-oncologie).

5.1.2. Infirmières puéricultrices

Comme d'autres professions, leur répartition régionale est inhomogène, certaines régions comme les Hauts de France ont un taux de puéricultrices (et de pédiatres) faibles en regard d'un nombre élevé de naissances (3^{ème} rang national). L'évaluation exacte de la démographie et plus précise de la répartition des infirmières puéricultrices selon les champs d'activité professionnelle est indispensable. L'application du ratio de l'OCDE (8,8 infirmières pour 1 000 habitants) aux puéricultrices pour la population la plus jeune (âge < 5 ans) résulterait que leur effectif national devrait être augmenté d'au moins 30% et la compensation des départs en retraite nécessite de doubler le nombre d'étudiant-e-s dans la filière.

Disposer de puéricultrice de pratique avancée installées en libéral (maisons pluriprofessionnelles ; binôme avec des médecins généralistes ou des pédiatres/dispositif Asalée) avec reconnaissance d'actes spécifiques (cf. plus haut) permettrait de donner un début de réponse aux déserts médicaux au sein desquels il n'y a parfois pas de pédiatres et des médecins généralistes débordés,

et de moyenne d'âge élevée. Cette proposition est reprise dans le rapport IGAS (novembre 2021) intitulé «Trajectoires pour de nouveaux partage de compétences entre professionnels de santé⁵⁸» et dans le rapport d'information « L'organisation des professions de santé :quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ? » présenté par la Commission des affaires sociales (Assemblée nationale, juillet 2021)⁵⁹.

5.1.4. Auxiliaires de puériculture

Au même titre que les éducateurs de jeunes enfants et les professionnels titulaires d'un CAP Petite Enfance ou les assistantes maternelles, le rapport Giampino³ de 2016 avait mis en évidence la problématique des lieux d'accueil (nombre et inégalités géographiques (rapport Observatoire national de la petite enfance 2020⁶⁰)), la pénurie de tels personnels et leur turn-over élevé, la formation (inhomogénéité), le défaut d'attractivité par absence de perspectives en terme salarial et de responsabilité pour les auxiliaires de puériculture en particulier. Cette pénurie et difficulté de recrutement devrait s'aggraver par les départs en retraite attendus dans les prochaines années d'où la préconisation dans ce rapport d'augmenter les places offertes dans les écoles formant à ces métiers (Axe 4, orientation 3 : Faciliter l'accès aux formations initiales des métiers de la petite enfance pour répondre à la pénurie de professionnels). Cette recommandation semble avoir été suivie d'effet en matière d'inscrits depuis 2016 mais le résultat sur le nombre de diplômés totaux au terme de la formation n'a pas augmenté, c'est la proportion de diplômés VAE et hors VAE qui s'est modifiée.

5.1.5. Sages-femmes, une asymétrie entre exercice en maternité et activité libérale

Si la croissance de l'effectif déjà engrangée a conduit à **précariser l'emploi salarié en maternité**, ce qui engendre des installations libérales en ville de plus en plus nombreuses et surtout précoces, les projections démographiques développées jusqu'en 2030 montrent une forte aggravation de la situation : **l'écart entre l'effectif élevé de sages-femmes et le nombre de naissances ou le nombre de femmes âgées de plus de quinze ans constaté depuis vingt ans va s'amplifier de façon très significative dans les prochaines années** (Drees 2012)²⁵. La principale cause de cette forte croissance démographique, passée et projetée, réside davantage dans le nombre de places ouvertes en écoles par le biais du numerus clausus plutôt que par l'ampleur de l'installation de sages-femmes à diplôme étranger qui demeure pour l'instant limitée. Ainsi, sans tenir compte de ce surplus d'effectif généré par l'installation des diplômés à l'étranger, le gel durable du numerus clausus au niveau actuel d'environ 1 000 places par an rendra à lui seul la situation de l'emploi de cette profession très difficile. Ni l'élargissement récent des compétences pour l'instant peu exercées, ni les nouveaux modes d'organisation pour l'instant peu mis en œuvre ne semblent en effet susceptibles de pouvoir absorber à terme le surplus d'effectif projeté face à une natalité stagnante. **Cette croissance de l'effectif de sages-femmes n'a pas pour autant réduit les importantes disparités géographiques**, ce qui conduit aussi à s'interroger doublement sur l'usage qui a été fait du dispositif de régulation tant quantitatif que géographique qu'est le numerus clausus (ONDPS 2016)²⁷.

⁵⁸ <http://iqas.gouv.fr/spip.php?article842>

⁵⁹Rapport d'information – Commission des affaires sociales – Assemblée nationale, Juillet 2021 - [Organisation des professions de santé : Quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ? - Assemblée nationale \(assemblee-nationale.fr\)](#)

⁶⁰Observatoire national de la petite enfance – Rapport annuel 2020 (données 2019) - [32709 - Cnaf Rapport Onape2020.pdf \(caf.fr\)](#)

Grâce à la compétence en soins postnataux, les sages-femmes peuvent assurer la prise en charge du nouveau-né en plus de celle de leur mère. On peut y voir une anticipation des effets de la sortie de maternité de plus en plus précoce, en permettant aux sages-femmes libérales de suivre en même temps la mère et le bébé au domicile. Cet élargissement du périmètre de compétence des sages-femmes constitue peut-être aussi une façon de compenser le déficit des pédiatres en maternité, dont 66% ne compte pas du tout de pédiatre ou pas de façon permanente⁶¹. Le choix de confier ce périmètre à des sages-femmes, profession dont la formation initiale ne comportait pas d'enseignement spécifique à ce suivi aurait pu être confié à des infirmières puéricultrices, profession experte. Cette mission de suivi, après sortie précoce ou très précoce de maternité, si elle avait été confiée aux expertes, aurait nécessité d'en revoir les effectifs à la hausse, en particulier en PMI.

Le choix qui semble avoir été fait jusqu'à présent semble celui d'une substitution d'une profession vers une autre. Toutefois, le développement d'un exercice libéral des puéricultrices pourrait venir répondre aux besoins de soutien à la parentalité, dans un exercice coordonné avec les autres professions spécialistes de l'enfant.

5.1.6. Orthophonistes

Afin de lutter contre l'inégale offre de soins en orthophonie, un contrat incitatif orthophoniste a été mis en place. Il s'agit d'un ensemble de mesures dont le but est de favoriser le maintien et l'installation des orthophonistes dans les zones très sous dotées. Il prévoit une participation aux équipements et aux frais de fonctionnement liés à l'exercice professionnel et une participation aux cotisations sociales. En contrepartie, l'orthophoniste doit, entre autres, exercer pendant une durée de 3 ans minimum dans une zone très sous-dotée. Les objectifs sont simples :

- dans les zones très sous-dotées (en rouge sur la Fig.19, paragraphe 3.2.2), 90 installations supplémentaires par an devraient être atteintes et un taux d'installation supérieur aux départements,
- dans les zones sur dotées (bleu) et très dotées (vert), l'objectif consiste en une diminution de 10% des installations.

Les zonages par région sont accessibles sur le site de la Fédération nationale des orthophonistes (FNO)⁶².

5.2. Effet de la substitution d'expertise

Tout professionnel de santé doit pouvoir garantir qu'il a les compétences pour exercer.

L'évolution vers une substitution d'une spécialité par une autre profession non experte et insuffisamment formée conduit à l'invisibilisation des experts dans le champ spécifique où ils devraient systématiquement être concertés, associés toutes les fois qu'une réforme, un protocole national, un référentiel de compétences, un nouveau champ d'exercice d'une profession est créé. C'est le déséquilibre numérique des uns vis-à-vis des autres et le vide créé par défaut démographique des experts qui engendrent cette invisibilisation progressive et petit à petit, la possibilité d'agir les uns sans les autres ou sans recourir aux autres. **Toute interchangeabilité des**

⁶¹ Rapport d'information n° 243, fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux maternités <http://www.senat.fr/rap/r14-243/r14-2431.pdf>

⁶² [Retrouvez les zonages orthophonistes – Fédération Nationale des Orthophonistes \(fno.fr\)](http://www.fno.fr)

acteurs professionnels par défaut d'experts fait courir un risque supplémentaire à un enfant, en particulier déjà grave (ex. puéricultrices *versus* infirmières et urgences vitales⁶³).

5.2.1 Pédiatres et médecins généralistes

Par effet numérique, de proximité et de disponibilité, la médecine générale contribue à la prise en charge en soins primaires (ou de premier recours) totale ou partielle de 80% des enfants (50% des 0-2 ans)⁶⁴. Cette pratique constitue un mode de construction de l'activité professionnelle en réponse à des problèmes et des situations pour lesquels les médecins généralistes n'ont pas reçu de formation universitaire de niveau d'expertise en pédiatrie⁶⁵. Cependant, sur un cursus universitaire actuel de 3 ans, elle n'a ni le temps ni les moyens ni la formation nécessaire pour prendre en charge tous les domaines qui font la spécificité de la pédiatrie, d'autant que la médecine générale est elle aussi en crise démographique. La médecine générale apparaît comme une forme d'alternative à l'insuffisance démographique de pédiatres.

Les médecins généralistes se disent cependant très souvent intéressés à l'idée de renforcer leurs connaissances et compétences en échangeant sur la thématique de la pédiatrie notamment concernant la période néonatale, les éruptions fébriles ou non, les pathologies orthopédiques, le dépistage et l'orientation des troubles du langage, le dépistage de l'enfant en danger, les situations de maltraitance, le suivi des affections chroniques (diabète de l'enfant par exemple), les troubles du comportement ou la prescription de certaines molécules (antibiothérapies, antalgiques, antidépresseurs). Autant de recours ou pathologies dans lesquels, les pédiatres disposent de plus de compétences et de formation au cours de leurs études de spécialités. Cependant, en cas d'hésitation, la médecine générale oriente peu de patients vers un pédiatre libéral (relevant à la fois des soins primaires et des soins secondaires) comme elle le ferait pour sa patientèle adulte vers les autres spécialistes libéraux (cardiologues, gastroentérologues, néphrologues, ou soins secondaires). Derrière cet adressage différencié, de la part des médecins généralistes, entre patients adultes et enfants, on pourrait voir le souhait d'éviter une captation de patientèle pédiatrique par le pédiatre. Certains pédiatres, comme de nombreux spécialistes n'accueillent pas les urgences (consultations non programmées), d'autant plus qu'en nombre insuffisant, ils ne consultent que sur rendez-vous avec un délai plus long. Ceci conduit à ce que des familles préfèrent avoir un suivi régulier et une réponse immédiate par un médecin généraliste.

Par contre, la médecine générale adresse plus souvent les enfants vers les services d'urgence soit par échec de traitement de première ligne, soit par persistance de la symptomatologie alors que de nombreux adressages pourraient l'être vers un pédiatre libéral. Dans ces unités d'urgences, y compris pédiatriques, de plus en plus de médecins urgentistes assurent cet accueil avec une formation spécialisée limitée à un semestre au sein d'une unité d'urgences pédiatriques. Ce report de consultations vers les services d'urgence va contribuer à un engorgement supplémentaire, des prescriptions additionnelles d'examen complémentaires, des séjours plus longs dans l'attente

⁶³Claudet I, Marchand-Tonel C, Micas N et al. **Urgences vitales de l'enfant : évaluation des capacités des infirmières et puéricultrices à mettre en œuvre les gestes d'urgence et de réanimation.** Ann Fr Med Urg 2012 ;2 :78-83.

⁶⁴ Valleteau de Mouillac J. Bull. Acad. Natle Méd., 2013, 197, no 6, 1143-1152, séance du 4 juin 2013 - La pédiatrie libérale : enjeux, difficultés et perspective- [untitled \(academie-medecine.fr\)](http://untitled.academie-medecine.fr)

⁶⁵Giami A, (2010) « La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité », in Géraldine Bloy et al., *Singuliers généralistes*, Presses de l'EHESP, p. 147-168

d'un avis de pédiatre, des hospitalisations excessives par moindre habitude, connaissances, compétences de l'ensemble des pathologies aiguës de l'enfant⁶⁶.

Les adolescents ont des besoins particuliers^{1,67} ; chaque fois que nécessaire, ils devraient pouvoir bénéficier de l'expertise de pédiatres ou de généralistes ayant reçu une formation spécialisée propre à ce groupe d'âge (vaccinations, puberté, sexualité, contraception, santé mentale, activité physique, addictions). Des consultations de transition entre spécialistes pédiatres et spécialistes adultes, en lien avec le médecin ou pédiatre de famille, sont déjà mises en place pour ceux atteints de pathologies chroniques.

En 2006, le Pr Danièle Sommelet¹ avait déjà émis des recommandations sur le renforcement de la formation pédiatrique dans le DES de médecine générale par un enseignement théorique homogène en binôme avec des pédiatres ; sur la création de DU en santé de l'enfant piloté par des pédiatres universitaires et qui serait proposé aux médecins généralistes souhaitant s'inscrire partiellement dans un exercice pédiatrique. Depuis, ce type de DU/DIU est proposé dans une douzaine d'universités - Ce rapport soulignait aussi l'importance de rendre obligatoire un semestre en pédiatrie dans le cursus de médecine générale.

Toutefois, la position des différents acteurs médicaux susceptibles de prendre en charge la population pédiatrique n'est pas dénuée d'ambiguïté. La crainte des pédiatres était, en 2014, que la désignation obligatoire d'un médecin référent pour les enfants ne « fige leur prise en charge » *« Les médecins généralistes, qui suivent déjà 80 % des enfants car les pédiatres ne sont pas assez nombreux, n'ont malheureusement pas assez souvent le réflexe d'envoyer leurs petits patients vers des pédiatres libéraux lorsqu'ils ont besoin de l'avis d'un spécialiste. De leur côté, les pédiatres qui seront choisis comme médecin traitant risquent d'être saturés par cette clientèle. Ils devront assurer l'ensemble des 20 consultations obligatoires jusqu'à l'âge de 16 ans, or toutes ne nécessitent pas l'expertise d'un pédiatre. Nous n'arriverons alors plus à nous rendre disponibles pour suivre un prématuré, un enfant souffrant d'une maladie chronique, ou pour tout autre avis pédiatrique. »*. Ces propos disent combien échappent aux professionnels eux-mêmes, dans un parcours non régulé par les pouvoirs publics, les logiques qui devraient présider en terme de recours et d'expertise. Dans ce contexte se développent des logiques individuelles de choix de la part des médecins libéraux.

Pour l'enfant malade, la pédiatrie libérale sera sûrement amenée à se concentrer sur les enfants les plus jeunes (en particulier nouveau-nés, nourrissons), mais aussi ceux atteints de maladies chroniques, rares et aux enfants atteints de handicap (Bégué, 2016)⁶⁸. Le suivi de l'enfant malade se fera de plus en plus en dehors de l'hôpital, les pédiatres libéraux étant en nombre insuffisant pour l'assurer à 100%, la médecine générale aura à intégrer une formation à ce suivi. Le suivi de certaines pathologies chroniques passera par le renforcement de la collaboration ville-hôpital, l'expérimentation nationale de la plateforme du service d'accès aux soins (SAS)⁶⁹ pourrait répondre à cet aspect, il faudra en vérifier l'efficacité. A l'avenir, les familles doivent être mieux aidées dans leur recherche d'un accès aux soins, au sein de parcours plus lisibles, en journée comme sur des horaires de permanence des soins, dans un souci de limitation de la pression exercée sur les services d'urgence.

⁶⁶Claudet I, Marchand-Tonel C. Pourquoi la médecine de l'enfant risque de passer sous la ligne de flottaison ? Les raisons d'une maltraitance annoncée. *Perfectionnement en Pédiatrie* (2020), <https://doi.org/10.1016/j.perped.2020.03.008>

⁶⁷Gauthier M et al. Un modèle de la pédiatrie : Repenser les soins de santé pour les enfants et les adolescents. *Paediatrics & Child Health*, Volume 14, Issue 5, 5/6 2009, Pages 326–332, <https://doi.org/10.1093/pch/14.5.326>

⁶⁸ Bégué P. Regards sur le passé et l'avenir de la pédiatrie, sa place à l'Académie de médecine

⁶⁹ [Service d'accès aux soins \(SAS\) : la garantie d'un accès aux soins partout et à toute heure - Ministère des Solidarités et de la Santé \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr)

Le réinvestissement par les pédiatres, quel que soit leur mode d'activité, de l'ensemble des missions correspondant au large champ de leur compétence, les inscrira définitivement comme LE spécialiste en santé de l'enfant. C'est ce qu'écrivait déjà parfaitement le Pr Sommelet¹ « *Si le pédiatre ne se démarque pas de cette vision restrictive de la Santé, comment peut-il être reconnu par la population comme « le spécialiste » capable, par sa compétence, de comprendre et d'accompagner l'enfant au même titre que soigner et s'investir dans la recherche ?* ». Un encouragement à des exercices mixtes (hospitalier et libéral) devrait être développé et prôné auprès des futurs pédiatres, cela nécessite de revoir le nombre d'internes dans la filière du DES de pédiatrie (nombre divisé quasi par 3 depuis le rapport Sommelet) et leur répartition sur le territoire selon la population cible.

Si l'on croise les positions observés chez généralistes et pédiatres libéraux, se déclarant tous les deux légitimes pour prendre en charge les enfants (les uns par supériorité numérique et insuffisance démographique des autres, les autres par un cursus de spécialité d'expertise), on peut identifier une forme de concurrence pour être « professionnel captant », au sens de Bergeron et Castel⁷⁰. Dans le cas de la pédiatrie, une dimension supplémentaire de cette prise en charge mérite d'être ajoutée, à savoir qu'il s'agit tout autant de suivre la croissance et le développement d'un enfant en bonne santé que de le traiter pour d'éventuelles maladies. Il faut alors souligner comment, au milieu du 20^{ème} siècle, les médecins se sont substitués à d'autres acteurs professionnels (cas des puéricultrices par ex.) de la santé de la population et en particulier des enfants. La médicalisation, processus démarré au 19^{ème} siècle a modifié le rapport à la santé en médicalisant de nombreux domaines de la vie ordinaire ou âges de la vie.

Les deux spécialités doivent donc collaborer, cette collaboration nécessite de redéfinir les périmètres et rôles respectifs (ce qui relève de l'expert en pédiatrie (soins secondaires) et ce qui relève de l'expert en médecine générale (soins primaires)); **elle doit se faire en lien avec les autres professions de santé de l'enfant concernées** et être pensée sur des parcours de soins et des organisations régionales prenant en compte des démographies inhomogènes des différents acteurs professionnels en santé de l'enfant.

5.2.2. Infirmières puéricultrices et infirmières non spécialisées

L'article R4311-13 du Code de la Santé publique⁷¹ stipulant que « les actes concernant les enfants, de la naissance à l'adolescence [...] sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice [...] » n'a pas été modifié lors de la refonte du programme de formation des infirmiers. **Aujourd'hui, rien n'empêche légalement un infirmier possédant un diplôme postérieur à 2009 d'avoir une activité professionnelle auprès d'enfants, alors même qu'il n'a reçu aucune formation dédiée.** Au niveau européen, la France est en dernière position en matière de proportion d'heures d'enseignement (0,08%) consacré à la santé de l'enfant sur le cursus de formation infirmier⁷². Pour ces infirmier(e)s n'ayant pas reçu de formation initiale en pédiatrie depuis 2009, qui exercent parfois exclusivement auprès d'enfants, on peut aussi avancer le terme d'activité informelle. A ce titre, elle « échappe » aux institutions, comme le montre la difficulté à recenser les professionnels exerçant auprès d'enfants et sur la base de quelles compétences ils le font.

⁷⁰Bergeron H, Castel P (2010) <http://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/halshs-00587055/file/2010-bergeron-castel-captation-appariement-reseau-vauteur.pdf>

⁷¹ Article R4311-13 - Code de la santé publique - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

⁷²Clancy A et al. Nurse Education in Practice 2021 ;52 :103034 [Education on childrens complex care needs in general nursing curricula in Europe: An inductive content analysis - ScienceDirect](https://doi.org/10.1016/j.nep.2021.103034)

Ainsi, dans un contexte de soins pédiatriques, tout infirmier qui y exerce devrait pouvoir attester d'une formation ou d'une validation des compétences dans ce domaine. Cette exigence de compétence s'applique pour tous les soins aux enfants, qu'ils soient nouveau-nés ou adolescents. En vertu de quoi, les activités de soins et de promotion de la santé, qu'elles soient requises en réanimation néonatale, en pédiatrie et dans tout lieu accueillant des enfants au sens large, devrait être exclusivement affectés aux seules puéricultrices diplômées d'Etat. Afin de valoriser l'expérience des infirmières exerçant actuellement en pédiatrie, l'ouverture de la Validation des Acquis de l'Expérience aux infirmières souhaitant accéder au diplôme d'Etat de puéricultrice semble une solution intéressante qui éviterait une déperdition d'effectifs dans ces services. Cette transition pourrait s'accompagner sur le même modèle que le dispositif de validation des compétences proposé aux infirmiers faisant fonction d'IBODE, jusqu'à atteindre une exclusivité de puéricultrices dans les lieux de soins et d'accueil des enfants. Ajoutons la récente obligation de séparer les enfants des adultes dans les SSR⁷³, qui va nécessiter des compétences avancées en pratique pédiatrique, et de fait, nécessiter un plus grand nombre de professionnels compétents. Enfin, la contribution des puéricultrices est essentielle mais sous-utilisée actuellement dans une approche populationnelle et territoriale de la santé, notamment dans la coordination des parcours auprès des familles. Dans cette perspective, il faut clarifier leurs missions et le développement d'activités autonomes concernant le suivi et les activités de dépistage auprès des populations d'enfants en bonne santé. Si aujourd'hui, la diversité des lieux d'exercice contribue à leur invisibilisation, les puéricultrices constituent un formidable vivier pour porter une politique de santé globale de l'enfant dans tous ses lieux de vie. Dans cette optique, il faut prévoir, sur le long terme, d'installer la compétence exclusive des puéricultrices dans la santé scolaire. Bien entendu, au même titre que les infirmiers en soins généraux des services hospitaliers, les infirmiers scolaires devront pouvoir valider des compétences par la VAE et compléter leur cursus de formation afin d'accéder à la reconnaissance du diplôme de puéricultrice et aux missions qui y seraient exclusivement rattachés.

En médecine libérale, au même titre que dans l'expérimentation du dispositif Asalée⁷⁴, les médecins généralistes à activité pédiatrique élevée (25%) et les pédiatres pourraient bénéficier de la présence d'une puéricultrice notamment dans le cadre de maison pluriprofessionnelle – Outre une logique de coopération, par la délégation de l'accompagnement de thèmes de leur champ de compétences (éducation thérapeutique, soutien à la parentalité, à l'allaitement, etc.), de certains actes, cette coopération libère du temps médical au cours de la journée travaillée. Celui-ci semble alors réalloué au suivi d'un plus grand nombre de patients, de la file active du médecin traitant⁷⁵.

Ce dispositif Asalée fonctionne et mériterait d'être étendu et soutenu sur l'ensemble du territoire.

En Finlande, pays où la mortalité infantile est deux fois moindre qu'en France, la gestion de la santé est décentralisée et les infirmières peuvent décider elles-mêmes de l'accès d'un patient à des soins secondaires (consultation spécialisée, hospitalisation, rééducation, etc.), au même titre que les médecins. Elles ont leur propre cabinet de consultation et fournissent une grande partie des soins maternels et infantiles, ainsi que des soins aux personnes âgées et handicapées. Elles jouent un rôle fondamental en matière de prévention et leur densité est largement supérieure à celle observée dans les autres pays européens.

Le recrutement de jeunes infirmières non puéricultrices est souvent privilégié en centre hospitalier probablement par un choix reposant sur une supposée polyvalence adultes/enfants. Rappelons

⁷³ Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation [Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation - Légifrance](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decree/2022/1/11/2022-24) (legifrance.gouv.fr)

⁷⁴ Fournier C, et al. Questions d'économie de la santé n° 232 - Avril 2018 <http://www.irdes.fr/recherche/2018/qes-232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.html>

⁷⁵ www.irdes.fr/recherche/2019/qes-241-la-cooperation-avec-une-infirmiere-modifie-t-elle-l-activite-du-medecin-generaliste.html

toutefois que leur formation ne comporte plus d'enseignement obligatoire de la pédiatrie. La période d'acquisition des compétences pédiatriques est donc risquée puisque durant celle-ci le risque d'erreur lié à un soin ou une dispensation d'un médicament ou d'une substance intraveineuse est plus élevé d'autant qu'elles débutent souvent dans le cadre de recrutement hivernal en période d'épidémie de bronchiolites. Prenons l'exemple de la mise en œuvre des gestes d'urgence⁶² ; les PDE évaluées et comparées aux IDE d'une même unité en 2009 puis en 2011 avaient un niveau bon à élevé plus important (86 % puéricultrices versus 54 % infirmières). Le fait d'être puéricultrice était associé significativement à un niveau plus élevé quelle que soit l'ancienneté, alors qu'elles n'étaient pas surreprésentées dans l'effectif. Les infirmières non puéricultrices s'amélioreraient après deux ans d'ancienneté, mais elles avaient besoin de plus de temps.

5.2.3. Auxiliaires de puériculture et aide-soignant

Concernant les auxiliaires de puériculture (AP), la mutualisation de plusieurs blocs de compétences entre le référentiel des auxiliaires et celui des aides-soignants lors de la réforme de leur formation en 2021, peut, là aussi, laisser supposer la volonté d'une plus grande polyvalence entre prise en charge des adultes et des enfants. Cette possibilité est actuellement restreinte dans les établissements d'accueil de jeunes enfants, dont les textes règlementaires mentionnent explicitement le diplôme d'auxiliaire de puériculture comme exigible et non celui d'aide-soignant (AS)⁷⁶. A l'hôpital, on voit se développer massivement depuis quelques années le phénomène de substitution, ou bien la demande faite aux agents de valider la double diplomation AP et AS.

5.2.4. Pédiatres et médecins urgentistes

Par insuffisance démographique et en raison du délai nécessaire d'extension des compétences pédiatriques (mise en place d'une formation complémentaire dans les études en médecine générale), les unités d'urgences, en particulier pédiatriques, vont subir un report de consultations. Ce report s'opérera-t-il vers une expertise de l'enfant malade, la démographie des pédiatres permettra-t-elle de garantir la présence de pédiatres spécialisés dans l'accueil des urgences ? Dans le cas contraire, comme en service d'urgences polyvalent, ces enfants seront accueillis par des médecins urgentistes dont la formation à l'urgence pédiatrique se résume à un semestre obligatoire sauf pour ceux qui auront pu valider une formation spécialisée transversale en urgences pédiatriques (une année de formation supplémentaire aux urgences pédiatriques et en réanimation pédiatrique) mais le nombre annuel d'inscription est contraint (69 places nationales). Ces consultations supplémentaires viendront s'ajouter à des unités déjà surchargées et monopoliser du temps soignant qui doit rester consacré aux enfants les plus instables. En toute logique, il faudra créer des consultations non programmées de pédiatrie générale, mais quels professionnels pourront les assurer puisque le nombre de pédiatres formés ne suffira pas à remplacer les départs en retraite annoncés dans les 10 années à venir (50% des pédiatres actuels)¹⁰.

⁷⁶ [Arrêté du 26 décembre 2000 relatif aux personnels des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr)

Dans la réforme de financement des services d'urgence^{77,78} (Décret n° 2021-216 du 25 février 2021 et Arrêté du 6 avril 2021), les forfaits progressent linéairement avec l'âge après 16 ans et par un groupe pédiatrique large défini par un âge inférieur, sans valorisation des besoins médicaux et des soins aux enfants les plus jeunes, besoins qui rejoignent ceux du grand âge en matière de vulnérabilité et de dépendance. Les pédiatres des sociétés savantes de pédiatrie (société française de pédiatrie) et d'urgences pédiatriques (groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques), du Conseil national professionnel de pédiatrie (CNPP), de l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) ont dénoncé cette réforme dans différentes tribunes^{79,80,81} et s'inquiètent des conséquences d'un moindre financement entre enfants et adultes pour une même pathologie.

Les comités régionaux d'allocation des ressources créés tels que prévus par le décret n° 2021-216 du 25 février 2021 relatif à la réforme du financement des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation réfléchissent à la répartition de la dotation populationnelle. Ces comités techniques mis en place par chaque Agence régionale de Santé (ARS) sont des instances de concertation chargée de donner leur avis sur les questions et projets de textes relatifs à l'organisation et au fonctionnement des services, les questions relatives aux effectifs, aux emplois et aux compétences et les projets de statuts particuliers. Alors même que les urgences pédiatriques comptabilisent 30% des passages nationaux totaux en service d'urgence, **ces comités n'incluent pas de pédiatres représentants des services d'urgences pédiatriques**. Il en est de même des comités techniques régionaux des urgences. Face à une représentation asymétrique, la garantie de la défense des aspects pédiatriques risque de ne pas être pas toujours vérifiée .

Dans un but de facilitation administrative et de déclinaison du pacte de refondation des urgences (2019)⁸², des protocoles nationaux de coopération (délégation de tâches aux infirmières) avaient été accélérés, par Mme Agnès Buzyn alors Ministre de la santé, dans leur mise en place et notamment aux urgences pour fluidifier les passages – Le protocole de prescription anticipée de radiographie pour un traumatisme simple⁸³ concerne uniquement les patients à partir de 16 ans ; les urgences pédiatriques (accueillent le plus souvent jusqu'à l'âge de 15 ans) ne peuvent donc l'appliquer ni bénéficier du forfait financier mensuel prévu pour le personnel infirmier et médecin engagés dans son application quotidienne.

⁷⁷ [Décret n° 2021-216 du 25 février 2021 relatif à la réforme du financement des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation et portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

⁷⁸ [Arrêté du 6 avril 2021 relatif aux modalités de financement mentionnées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

⁷⁹ [« Les enfants comme les personnes âgées sont des patients vulnérables » \(lemonde.fr\)](#)

⁸⁰ Financement des urgences: les enfants ne peuvent être la variable d'ajustement – Le Figaro – 7 novembre 2021 <http://www.lefigaro.fr/sciences/financement-des-urgences-les-enfants-ne-peuvent-etre-la-variable-d-ajustement-20211107>

⁸¹ [Une réforme périlleuse pour les urgences pédiatriques | Le Quotidien du Médecin \(lequotidiendumedecin.fr\)](#)

⁸² Pacte de refondation des urgences .septembre 2019 http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf

⁸³ [Arrêté du 29 novembre 2019 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Evaluation du bilan radiologique requis et sa demande anticipée par l'infirmier ou l'infirmière organisateur de l'accueil \(IOA\), en lieu et place du médecin, pour les patients se présentant avec un traumatisme de membre dans un service d'urgences » - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

5.3. La nécessaire évolution de la formation et des compétences

Afin d'éviter la pratique d'une spécialisation qui aurait pu être qualifiée « d'informelle » et le recours à une substitution de professions par d'autres n'ayant pas reçu une formation diplômante d'expertise et ce, en réponse à une insuffisance démographique de tels experts (pédiatres, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, chirurgiens pédiatres, pédopsychiatres), certaines formations doivent être complétées durant le cursus de formation ou en post-doctorat selon les cas :

- en médecine générale

Depuis sa réforme, Le cursus de médecine générale prévoit effectivement un semestre intitulé « Santé de l'enfant » au cours de la phase d'approfondissement. Ce stage est réalisé auprès d'un ou des praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) (MSU) pour au moins l'un d'entre eux à titre principal en médecine générale ou, à défaut, à titre complémentaire en médecine générale ; et/ou dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en pédiatrie et/ou à titre complémentaire en médecine générale. En cas de capacités de formation insuffisantes (défaut numérique de terrain de stage), l'étudiant peut accomplir un stage couplé en santé de la femme et en santé de l'enfant c'est-à-dire un seul semestre de formation aux deux intitulés en lieu et place de deux semestres distincts l'un en santé de l'enfant, l'autre en santé de la femme. C'est-à-dire qu'il existe des inégalités de formation, **certain futur(e)s médecins généralistes n'auront pas été formé(e)s au moins 6 mois à la santé de l'enfant et de la femme.**

En pratique, les départements universitaires de médecine générale privilégient la réalisation du stage en santé de l'enfant ou du stage couplé en médecine libérale et rarement en milieu hospitalier universitaire ou non. Le volume et la typologie des patients pédiatriques accueillis par les maîtres de stage de médecine générale en libéral ne permettent pas d'atteindre la « masse critique » suffisante pour une formation adaptée à l'ensemble des maladies de l'enfant et, à plus forte raison, si le stage est couplé. En ambulatoire, les sites de stage validant « santé de l'enfant » sont composés de MSU agréées qui peuvent être des pédiatres, des médecins en centre de planification ou en PMI, des médecins généralistes avec une activité décrite par les référentiels de certains DUMG comme *importante* en santé de l'enfant ou encore exercice « renforcé » dans la spécialité. Dans d'autres DUMG, le critère d'acceptation d'un MSU comme lieu de stage agréé en Santé de l'enfant est un relevé individuel d'activité professionnel (RIAP) attestant d'un pourcentage de consultation de patients âgés de moins de 16 ans supérieur à 25% (la moyenne nationale étant de 15%).

Le rapport de l'IGAS publié en Mai 2021⁸⁴ reprend, dans sa recommandation n° 15, le principe de renfort de la formation des médecins généralistes à la santé de l'enfant, la création d'une option « Santé de l'enfant » et une meilleure diffusion des formations continues proposées, notamment les DU de Santé de l'enfant – Depuis sa parution, le principe d'une option ne paraît plus une proposition consensuelle pour le Pr Brigitte Chabrol dans la mesure où certains seraient mieux formés que d'autres alors que tous verront de plus en plus d'enfants. Par contre, le principe de valider un DU en Santé de l'enfant en post-doc et de proposer à nouveau d'intégrer en stage hospitalier des internes de médecine générale sur le semestre obligatoire Santé de l'enfant émerge

⁸⁴ La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France, rapport IGAS, Mai 2021 [2020-074r.pdf \(igas.gouv.fr\)](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2020-074r.pdf)

à nouveau (par exemple 6 mois partagé entre PMI, cabinet de pédiatrie libérale et urgences pédiatriques).

- en pédiatrie

La formation des futurs pédiatres devra intégrer plus de formation théorique et pratique à l'exercice libéral, à la prise en charge des situations psychosociales afin de soulager la pédopsychiatrie en grande difficulté (rapport IGAS, mai 2021)⁸⁶. Les pédiatres devraient réinvestir la médecine communautaire (PMI, médecine scolaire) mais ces secteurs de prévention et santé publique risquent de continuer d'être progressivement désertés car peu attractifs (rapport Cour des Comptes⁴). Leurs missions de prévention vont s'élever vis-à-vis de l'obésité, des pathologies cardiovasculaires, de comportements à risque ou d'addiction chez les adolescents. Ces prises en charge demandent du temps, font l'objet de consultations longues qui doivent être valorisées. Pour que les pédiatres s'investissent encore plus dans la formation et l'enseignement auprès des autres professions de santé indispensables à la prise en charge des enfants, ils doivent aussi être plus nombreux.

- la pédopsychiatrie doit devenir une spécialité à part entière avec une meilleure représentation académique (cf. infra paragraphe « des situations spécifiques »),

- pour les étudiants en médecine se destinant à la chirurgie adulte comme à la médecine, un enseignement spécifique des pathologies chirurgicales pédiatriques doit faire partie du cursus de formation,

- les internes se destinant à la chirurgie viscérale adulte devraient bénéficier d'un semestre obligatoire en chirurgie viscérale pédiatrique à l'instar du cursus des futurs orthopédistes adultes et de leur stage obligatoire en orthopédie pédiatrique,

- pour les étudiantes puéricultrices, la densité et la lourdeur de l'enseignement (notamment depuis la levée de l'enseignement de base en IFSI) et des stages nécessitent un cursus sur 2 ans – Le référentiel métier et de compétences élargies doit être très rapidement revu et l'universitarisation indispensable au maintien de cette expertise,

- pour les étudiant-e-s des instituts en soins infirmiers, il faut rendre de nouveau obligatoire un enseignement de base de la pédiatrie et renforcer leurs compétences, la France se situe en dernière position européenne en matière de proportion de contenu pédiatrique dans le cursus (0,08%)⁷¹

- le champ des études de psychomotricien est large, la durée actuelle des études de 3 ans semble juste – Augmenter la durée à 5 ans serait idéale et permettrait de mieux intégrer la complexité de l'enseignement aux étudiants plus âgés car en recyclage (20%),

- selon les fédérations représentatives, la formation des orthophonistes a une durée d'études adaptée, toutes les places ouvertes peuvent être choisies dans les centres de formation.

5.4. Des situations spécifiques

5.4.1. Santé scolaire

Le rapport de la Cour des Comptes⁴ de 2020 illustre précisément et confirme la nette dégradation d'occupation des postes de médecins sur le territoire. Cette spécialité devenue une formation spécialisée transversale n'est pas du tout attractive, peu connue des jeunes médecins, elle est aussi mal rémunérée et les conditions d'exercice sont très inégales d'une académie à l'autre – Le nombre d'élèves à suivre par ETP médecin est, dans certains départements, inégal et totalement

ingérable. La part des élèves n'ayant pas bénéficié d'une visite médicale dans leur 6^{ème} année est élevée alors même que la spécialité a un rôle de vigie fondamentale dans le dépistage, la prévention des affections, l'éducation sexuelle, le suivi vaccinal. Une revalorisation financière, l'accès à la prescription pour les médecins scolaires, l'intégration de puéricultrices de pratique avancée, (ces dernières pourraient être une piste d'amélioration du taux de visite médicale de la 6^{ème} année (19,7% en moyenne)) et d'orthophonistes semblent faire nécessité. Le travail conjoint entre infirmières scolaires et assistantes sociales scolaires doit être valorisé.

Il existe une différence majeure entre la plupart des pays européens et le système français : les orthophonistes peuvent exercer en milieu scolaire dans de nombreux pays comme l'Allemagne, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, et la Norvège, offrant des débouchés salariés au sein même de l'Éducation Nationale ; en France, il n'y a pas d'orthophonistes au sein de l'Éducation nationale⁸⁵.

Les fédérations d'orthophonistes décrivent une forte sollicitation d'évaluation d'élèves par des enseignants, sollicitation induite dans la moitié des cas (auditions FNO, FOF). Les fédérations proposent que ces adressages par les enseignants, qui ne sont théoriquement pas autorisés soient contrôlés ne puissent plus être faits mais soient effectivement demandés par des médecins, des pédiatres, des puéricultrices ou infirmières scolaires formés et par l'intégration d'orthophonistes en médecine scolaire.

5.4.2. Protection maternelle infantile (PMI)

Le rapport Peyron² illustre les difficultés actuelles de ce secteur indispensable sur le plan de la santé publique et de prévention autant que les axes urgents financiers et fonctionnels à entreprendre pour leur maintien. Une des difficultés réside dans le défaut d'attractivité de l'exercice pour des médecins et comme le prouve le bilan de santé en école maternelle (BSEM) réalisé à 83% par des infirmières puéricultrices (rapport Peyron²). Mais, ces actes des infirmières puéricultrices n'étant pas cotés par l'Assurance Maladie, cela a pour conséquence une baisse des remboursements par la CPAM aux conseils départementaux donc une amputation d'une partie de financement de la PMI. Une étude coordonnée par l'Institut national d'études démographiques (Ined) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) en 2016-2017 pour mesurer l'impact des BSEM a montré l'hétérogénéité des bilans⁸⁶ : 17% en moyenne (3 à 70%) s'accompagnent d'un examen clinique complet (avec présence d'un médecin) ; plus de 4 bilans de santé sur 5 s'effectuent donc sans médecins (rapport Peyron²). Afin de répondre à l'ensemble des consultations (ne serait-ce que pour les familles les plus défavorisées) d'enfants âgés de moins de 6 ans et l'ensemble des missions de prévention, auxquelles semblent vouloir s'ajouter (à titre expérimental pour l'instant), la réalisation de la visite médicale de la 6^{ème} année (mission de la médecine scolaire), il est évident que l'effectif en puéricultrices de la PMI doit être revu à la hausse.

L'intégration de puéricultrices de pratique avancée dans les PMI en difficulté de recrutement de médecins ou la reconnaissance d'actes spécifiques aux infirmières puéricultrices permettrait d'apporter une réponse dans un schéma d'organisation départementale. Comme la santé scolaire, le secteur de la PMI est peu attractif, mal connu des jeunes pédiatres, ces carrières mériteraient d'être bien mieux valorisées en terme salarial et d'image.

⁸⁵ Etude sur les champs d'interventions des orthophonistes – Les spécificités et les coopérations avec d'autres professions – Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS). 2011. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_sur_le_metier_d_orthophoniste.pdf

⁸⁶ http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/1/pdf/2020_1.pdf

5.4.3. Pédopsychiatrie

La pandémie actuelle, avec ses conséquences psychologiques parfois dramatiques chez les enfants, a révélé un peu plus la situation dramatique de la démographie et des capacités d'accueil pédopsychiatrique en France ; le rapport 2021 sur les droits de l'enfant⁸⁷ insiste sur le renforcement de l'offre de soins en pédopsychiatrie sur tout le territoire afin d'assurer l'égalité dans l'accès aux soins. Le nombre de patients en pédopsychiatrie a augmenté de 60% en 20 ans tandis que la démographie des professionnels de santé décline dans cette discipline peu attractive. Pour améliorer l'attractivité, la réunion de trois évolutions semble indispensable : rendre la discipline plus visible pour les étudiants en médecine, individualiser la pédopsychiatrie comme une spécialité à part entière (diplôme d'études spécialisées) sur le plan universitaire et favoriser la création de postes universitaires dans la discipline, valoriser la profession^{5,19,88}. L'action du pédopsychiatre est prolongée et renforcée par l'intervention de nombreux professionnels (rapport Amiel⁵) : les orthophonistes, dont le champ de compétence dépasse largement la seule remédiation de troubles d'origine psychiatrique, constituent un partenaire essentiel, de même que les psychomotriciens ou les ergothérapeutes.

5.4.4. Chirurgie pédiatrique

La chirurgie pédiatrique, comme la pédopsychiatrie, est souvent concentrée dans les centres hospitaliers universitaires car leurs activités dépendent d'un environnement pédiatrique (binôme chirurgical pédiatrique-anesthésiste-réanimateur pédiatrique par exemple). L'état des lieux de la chirurgie pédiatrique en France publié en Mars 2021 à la demande de l'IGAS (dans le cadre du rapport sur la pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France) et sous l'égide des sociétés françaises de chirurgie pédiatrique (SFCP), d'orthopédie pédiatrique (SOFOP), et du Collège national hospitalier et universitaire de chirurgie pédiatrique (CNHUCP) décrit parfaitement les difficultés de cette spécialité et reprend la notion de dégradation globale de la qualité des soins en pédiatrie et plus récemment de l'accès aux soins hospitaliers. L'organisation de l'accès et de la gradation des soins de chirurgie pédiatrique doit être rendue plus lisible pour les médecins libéraux et les familles ; la communication doit être renforcée via les agences régionales de santé (ARS). Le développement de réseaux sur l'ensemble du territoire aide l'orientation et le parcours des patients et leur famille (exemple du réseau bien formalisé en ex-région Midi-Pyrénées étendu à l'Occitanie). C'est la garantie d'une prise en charge par un binôme chirurgical et anesthésiste compétent dans un environnement pédiatrique (unité de pédiatrie, présence de pédiatres, infirmières puéricultrices, auxiliaires de puériculture, matériel spécifique et adapté).

⁸⁷ [Rapport 2021 : Santé mentale des enfants : le droit au bien-être - Défenseur des Droits \(vie-publique.fr\)](#)

⁸⁸ Revet A et al. (2021) Career Choice and Attractiveness of Child and Adolescent Psychiatry as a Medical Specialty: A National French Questionnaire Survey Front. Psychiatry 12:560141. doi: 10.3389/fpsy.2021.560141

5.4.5. Modes d'exercice des infirmières puéricultrices

- *Activité libérale*

Contrairement à deux autres spécialités (infirmiers anesthésistes et infirmiers de blocs opératoire), les puéricultrices n'ont pas d'actes exclusifs dédiés. Elles ne peuvent donc exercer en libéral à ce titre mais seulement comme infirmière. C'est une des raisons pour lesquelles, leur démographie libérale échappe en partie aux statistiques. Une liste de tels actes avait pourtant fait l'objet de propositions auprès du Ministère par l'Association nationale des puéricultrices diplômées d'Etat (ANPDE)⁸⁹, ces actes concernaient des actes de consultation pour bilan de santé en école maternelle (BSEM), la prescription de soluté de réhydratation, de supports à l'allaitement (le texte de loi en préparation visant à promouvoir l'allaitement en France prévoit la prescription de tire-lait par les infirmières puéricultrices), la réalisation de vaccins obligatoire (âge inférieur à 6 ans).

La nomenclature NGAP éditée par l'Assurance Maladie comprend bien un chapitre « soins spécialisés », mais il concerne les soins demandant un protocole thérapeutique particulier et concerne des maladies chroniques ou des actes techniques spécifiques.

Dans cette particularité, on touche à une des limites qui peut expliquer la difficulté d'une reconnaissance du même type pour les puéricultrices. Le Code de la Santé publique stipule (R 4311-13) que « les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :

- 1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;
- 2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;
- 3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;
- 4° Soins du nouveau-né en réanimation ;
- 5° Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie. ».

La particularité de cette liste est qu'elle mélange des actes techniques exclusivement réalisés en milieu hospitalier (4° et 5°) à des activités beaucoup plus générales que la puéricultrice est amenée à pratiquer dans tous les lieux d'exercice. Dans les lieux d'accueil collectif, en PMI, en maternité, ces activités font partie des missions généralement confiées aux puéricultrices qui y exercent. En libéral en revanche, ces actes ne sont pas valorisables car ils n'existent pas dans la nomenclature des actes NGAP, bien que faisant partie intégrante du rôle propre des infirmiers (CSP R 4311-5), mais pour les adultes, par exemple « Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ». Dans le cadre de l'exercice libéral infirmier, cette activité peut rentrer dans un codage d'AIS (Actes infirmiers de Soins). Dans la perspective d'une valorisation de la spécialité de puéricultrice en libérale, on pourrait imaginer la surveillance clinique d'un bébé nouveau-né, dans les jours suivant la sortie de la maternité, le soutien à la parentalité et à l'allaitement maternel. Ces activités pourraient aisément trouver place dans l'AIS 4^E: « Séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention ». Prévue sur une demi-heure, cette séance comprend le contrôle des principaux paramètres servant à la prévention et à la surveillance de l'état de santé du patient, la vérification de l'observance du traitement et de sa planification, le contrôle des conditions de confort et de sécurité du patient, le contrôle de l'adaptation du programme éventuel d'aide personnalisée, la tenue de la fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant, la tenue de la fiche de liaison et la transmission des informations à l'entourage

⁸⁹ Livre Blanc de l'ANPDE - 92 propositions d'évolution de la spécialité pour garantir la santé des enfants
<https://www.anpde.asso.fr/actu/livre-blanc>

ou à la tierce personne qui s'y substitue ». Précisons toutefois qu'un infirmier en soins généraux n'a pas la compétence pour réaliser cette surveillance d'un nouveau-né. Pour pouvoir le confier aux puéricultrices, il faudrait donc transformer la mention figurant dans le code de la santé publique. En effet, pour les puéricultrices, les actes techniques mentionnés dans le Code de la Santé publique comme relevant de sa compétence sont préconisés comme devant être effectué par une puéricultrice « en priorité » et non « de façon exclusive ».

- *Unités hospitalières pédiatriques*

Le milieu hospitalier concentre les deux tiers de l'effectif des puéricultrices. Le rythme et les conditions de travail en milieu hospitalier, la participation à la continuité des soins en nuit et le weekend, l'absence de valorisation salariale significative, le retard à l'universitarisation de la profession donc d'accès à l'enseignement envers ses pairs, à du temps dédié de recherche clinique, font que cette attractivité diminue petit à petit.

Au sein de nos hôpitaux pédiatriques, la proportion indispensable et nécessaire de puéricultrices n'a jamais été définie. Idéalement, elle devrait se rapprocher de 100% dans les centres d'excellence (ce qui est loin de la réalité), mais aussi dans les unités de pédiatrie des autres accueils ou centres hospitaliers. Actuellement, le constat est celui d'un paradoxe dans lequel les unités de haute technologie/spécificité ont des ratios entre nombre de puéricultrices et d'infirmières non spécialisées faibles. Dans les unités de réanimation pédiatrique et soins continus, la proportion d'ETP moyen de puéricultrices en 2019 étaient respectivement de 35,5% et 36%. Ceci amène à penser que des infirmières non puéricultrices, n'ayant pas reçu de formation pédiatrique, vont prendre en charge des enfants parmi les plus fragiles et vulnérables dans un environnement de haute technicité. En unité de pédiatrie, leur taux moyen était de 40,2% (9,5 à 94% selon les départements en 2019, d'après les données statistiques annuelles des établissements (SAE)). **L'hôpital attire de moins en moins les jeunes infirmières puéricultrices**, moins de 60% des promotions débutent en milieu hospitalier, les autres s'orientent vers le milieu de la petite enfance où leur valorisation s'exprime sur des postes de directions de crèches par exemple et par une qualité de vie meilleure (absence de nuit, absence de week-end). Pourtant, comme publié récemment dans la revue *The Lancet* pour des patients adultes⁹⁰, un ratio infirmier/patient inférieur ou égal à 1:4 en unité de pédiatrie est corrélé à un taux de réadmissions moindre des patients entre J15 et J30 en médecine (96% des réadmissions) comme en chirurgie : après ajustement sur toutes les autres variables (type d'hôpital, infirmière puéricultrice ou non, comorbidités, position sociale) un ratio infirmier/patient moyen ou inférieur augmente le risque de réadmissions de 15% pour des hospitalisations relevant de pathologies médicales communes (60% pour la chirurgie). Lorsqu'il s'agit de puéricultrices, ces taux de réadmissions étaient moindres, respectivement de 11% et 48%. Un ratio de 1:4 ou moins était associée à une réduction du taux de réadmissions des pathologies médicales de 24% et 63% pour la chirurgie. Un ratio correct et des infirmières spécialisées (puéricultrices) **réduisent significativement le taux de réadmissions des enfants** (hospitalisation pour raisons médicales versus chirurgicales en particulier) hospitalisés⁹¹.

Du point de vue financier, la plus-value des activités d'une puéricultrice, comme d'un pédiatre, sont à considérer sur le long terme. Contrairement à un(e) infirmier(e) anesthésiste diplômé(e) d'Etat (IADE) ou un(e) infirmier(e) de bloc opératoire diplômé(e) d'Etat (IBODE), dont l'activité va permettre d'améliorer les taux d'occupation des blocs opératoires et ainsi d'en optimiser la rentabilité en terme de T2A, la rentabilité de l'activité des puéricultrices semble à première vue plus difficile à

⁹⁰ McHugh MD et al. [Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals - The Lancet](#)

⁹¹ Tubbs-Cooley HL et al. An observational study of nurse staffing ratios and hospital readmission among children admitted for common conditions. *BMJ Qual Saf* 2013;22:735-742.

objectiver. Elle peut toutefois se mesurer sur le temps long avec des indicateurs de suivi longitudinal de santé des populations, aspect non priorisé en centres hospitaliers. Or, ces indicateurs, manquent, comme cela a déjà été souligné (avis conjoint HCSP et HCFEA)⁷. En ce qui concerne les puéricultrices, le fait qu'elles n'aient pas accès à un cursus universitaire ne leur permet pas de développer une culture ni une pratique de recherche de niveau universitaire. Il faut en revanche souligner leur appétence pour la recherche clinique, comme en témoigne le taux de programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) concernant les enfants (5/35 projet retenus pour 2019, l'absence de données sur le nombre de PHRIP pédiatriques déposés ne permet pas une analyse régionale).

5.4.6. Orthophonistes et psychomotricien(ne)s

Beaucoup de nos centres pédiatriques sont dépourvus d'orthophonistes, il existe un déséquilibre de répartition de la profession entre centres hospitaliers, médicosociaux et le libéral (audition Fédération nationale des Orthophonistes (FNO) et Fédération des Orthophonistes de France (FOF)) – Le défaut d'attractivité, notamment financière, une carrière peu évolutive et le référencement à un cadre de santé plutôt qu'un médecin sont les arguments rapportés par les représentants de la FNO. Cette profession, bien connue des pédiatres et assez mal de nombreux autres praticiens, est de plus en plus sollicitée pour la rééducation de pathologies neurovasculaires ou neurodégénératives adultes et va nécessiter une réadaptation de sa démographie, en nombre et en répartition territoriale pour faire face à l'accroissement des demandes. Du fait du vieillissement de la population, les besoins vont croître d'ici 2030 avec l'augmentation de pathologies affectant le langage (accidents vasculaires cérébraux (AVC), démences, autres pathologies neurodégénératives, etc.). Au Royaume-Uni, le *Royal College of Speech and Language therapists*⁹² a estimé que 1 à 2% de sa population aurait besoin une fois dans sa vie d'orthophonie, et que dans les familles défavorisées, jusqu'à 55% des enfants présentaient un trouble du langage à l'âge de 5 ans.

L'autre profession très sollicitée par les CHU et plus particulièrement la néonatalogie sont les psychomotricien-ne-s. Cette profession non conventionnée, très implantée en libéral, se caractérise par des disparités régionales. Comme les puéricultrices, la profession est à la fois une profession de santé et de la petite enfance ; ces professionnels sont aussi très investis dans les troubles neurodéveloppementaux (TND) et les travaux relatifs au parcours des 1 000 jours. L'évaluation du remboursement des actes va être évalué dans le cadre des 1 000 jours ; cet aspect est d'importance car aux yeux des familles, ce qui n'est pas remboursé n'est pas utile (audition Fédération des Psychomotriciens). De plus, il constitue une inégalité d'accès pour les familles aux revenus modestes. Un bilan psychomoteur devrait être réalisé à 3 ans et avant l'entrée en cours préparatoire (CP).

⁹²Coles H, Gillett K, Murray Gwen, Turner K. The Royal College of Speech and Language Therapists – Justice evidence Base – 2017. www.rcslt.org/wp-content/uploads/media/Project/RCSLT/justice-evidence-base2017-1.pdf

5.5. Filière hospitalière, parcours patient, des situations monopolaires de spécialité et des paradoxes

5.5.1 Des centres d'excellence

Certaines activités, certains suivis, certaines interventions très spécialisées ne peuvent se concevoir autrement que dans des centres d'excellence (CHU) pour des soins (tertiaires) de haute qualité. Ces centres de référence doivent regrouper l'ensemble des spécialités pédiatriques dans des hôpitaux pensés autour de l'enfant et sa famille. Ils doivent aussi intégrer suffisamment de professionnels de l'enfance indispensable à leur prise en charge, outre médecins chirurgiens et puéricultrices, c'est-à-dire diététicien(ne)s, psychomotricien(ne)s, orthophonistes, travailleurs sociaux, kinésithérapeutes, éducateur(trice)s de jeunes enfants, enseignant(e)s, etc. Ces centres permettent d'assurer le maintien des spécialités, l'expertise de haut niveau **sous couvert d'un nombre suffisant de professions de santé pour les assurer dans une dynamique durable et pour faire face aux crises sanitaires**. Ils sont le lieu de centres de référence de maladies rares où l'investissement des pédiatres est majeur.

Ces centres, plus particulièrement en pédiatrie, répondent à la fois du recours et de la proximité, accueillant des pathologies requérant une expertise très spécifique et d'autres plus générales par urgence ou absence d'alternative identique hospitalière ou libérale ou dans le cadre de la permanence de soins (cas de la cardiologie pédiatrique, hémato-oncologie-immunologie pédiatrique, maladies héréditaires du métabolisme, réanimation pédiatrique, néphrologie pédiatrique, etc.).

Ces centres souvent universitaires sont aussi le lieu d'enseignement et de développement de la recherche en santé de l'enfant. Leurs capacités de recherche doivent s'accroître en termes de techniques innovantes et spécifiques à l'enfant. Ces enseignements en formation initiale ou continue doivent être développés afin d'être proposés à tous les professionnels en santé de l'enfant et de la petite enfance.

La recherche contribue directement à la qualité des soins. *Elle n'est pas l'apanage d'élites médicales comme beaucoup le pensent, l'excellence en matière de recherche existe en pédiatrie comme dans toute autre discipline. La priorité est à créer un maillage étroit entre toutes les composantes de la pédiatrie : hospitalière comme ambulatoire*⁹³. Les programmes de recherche doivent faciliter la participation des pédiatres tant en milieu hospitalier que communautaire. Au même titre, la recherche infirmière pour les puéricultrices doit être développée, encouragée au travers de programmes innovants suffisamment financés. Une sensibilisation à la recherche et aux publications scientifiques devrait être intégrée au programme d'enseignement des écoles/instituts de puériculture en prémices de leur nécessaire universitarisation.

5.5.2. Des parcours plus lisibles pour les familles, des rôles à mieux préciser, une coordination des soins facilitée, une meilleure gradation des soins

De quels besoins parle-t-on ? Celui d'un accès à des acteurs de soins primaires. Ce rôle est actuellement celui de pédiatres libéraux, de généralistes mais pas encore de puéricultrices de pratique avancée comme dans d'autres pays où elles sont implantées depuis de nombreuses années avec succès (Amérique du Nord, Angleterre par exemple)⁹⁴.

⁹³Pr Brigitte Chabrol Bull. Acad. Natle Méd., 2013, 197, no 6, 1115-1122, séance du 4 juin 2013 [untitled \(academie-medecine.fr\)](https://www.academie-medecine.fr)

⁹⁴ Murphy MA. A brief history of pediatric nurse practitioners and NAPNAP 1964-1990. Journal of Pediatric Health Care 1990;4 (6) 332-7

Du point de vue des représentants des familles (audition Union nationale des associations familiales (UNAF)), le message principal est celui de mieux coordonner le secteur de la santé de l'enfant et de rendre plus lisibles les parcours patients – Ce constat est repris dans les propositions du rapport d'information sur « l'Organisation des professions de santé : quelle vision dans dix ans et comment y parvenir » (Commission des affaires sociales – Assemblée nationale, juillet 2021)⁵⁸.

Si les pédiatres sont très appréciés des familles, le choix de le consulter plutôt qu'un médecin généraliste est souvent dicté par leur présence sur un territoire, les délais de consultation et leur coût. En dehors du suivi de maladies chroniques, Les parents ne font pas toujours la différence entre pédiatres et médecins généralistes, ces deux spécialités étant en accès direct dans le parcours de soins. Le choix ou non de consulter un médecin généraliste est celui d'une habitude ou le fait d'un défaut de pédiatres sur le territoire. Si le médecin généraliste d'aujourd'hui n'est plus le « médecin de famille » au sens historique (de moins en moins de suivi sur 30 ans), il reste le plus proche des familles (UNAF).

Les maisons médicales de garde sont assez mal connues de la population, leurs missions perçues comme illisibles dans l'organisation des soins. A certaines heures, l'absence de réponse médicale (soirée, nuit, weekend, congés), le coût d'une visite de SOS médecins, l'absence de créneaux de consultations non programmées, le refus de certains médecins de se déplacer dans certains quartiers, la raréfaction des visites à domicile, le renvoi systématique d'appels de certains cabinets vers le 15 ou les urgences hospitalières participent de la croissance des venues dans ces unités et leur saturation. En journée, les familles s'y orientent en réponse à une logique d'immédiateté afin d'éviter une désorganisation de leur quotidien lorsque les parents travaillent. Les familles défavorisées, les mères seules ou isolées sont encore plus affectées par ces limites d'accès aux soins comme mis en exergue durant la crise Covid-19^{95,96}.

Les services et rôles de la PMI sont mal connues et souvent assimilées encore à des structures dédiées aux familles en difficulté sociale, avec un effet presque « repoussoir » pour certains parents. Le rapport d'information cité plus haut⁵⁸ sur l'organisation des professions de santé propose d'élaborer des axes « santé de l'enfant » au sein des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) intégrant PMI et santé scolaire et de développer l'exercice libéral des puéricultrices. L'UNAF souligne l'efficacité de certaines initiatives au sein de maisons pluriprofessionnelles associant des médecins généralistes ayant développé des compétences spécifiques (santé de l'enfant, de la femme, de la personne âgée, etc.) et proposant des créneaux de consultation non programmées.

Dans l'organisation entre ville et hôpital, les parcours sont décrits et/ou vécus comme insuffisants voire défailnants par les familles notamment en matière de communication, de difficulté à joindre les médecins hospitaliers et de considération par les spécialistes vis-à-vis du problème soulevé par les parents. Les familles disent avoir à souvent coordonner eux-mêmes les parcours, à transmettre les dossiers médicaux par défaut de transmission informatique et/ou de délais d'obtention de tout ou partie du dossier sur demande au service concerné. Ces aspects pointés dans le rapport de l'IGAS devraient s'améliorer avec le développement de l'espace numérique en santé (ENS).

La proposition faite par les représentants des familles (UNAF) serait de mieux informer les familles au moment de la naissance d'un enfant sur les rôles respectifs du médecin généraliste et du pédiatre, d'avoir un ou des référents territoriaux pour expliquer les parcours de santé selon les problématiques ce qui pourrait s'inscrire dans le rôle et les missions de puéricultrices. Cette

⁹⁵ [Covid-19 : effets de la crise sur les enfants et la jeunesse - Assemblée nationale \(assemblee-nationale.fr\) juin 2020](#)

⁹⁶ [Gestion de l'épidémie Covid-19 et inégalités sociales de santé des enfants, leçons pour le futur \(hcsp.fr\)](#)

coordination territoriale a été très développée et soutenue autour de la périnatalité et de la personne âgée, elle fait actuellement défaut chez l'enfant et l'adolescent.

En l'absence de pédiatres, l'accélération de l'intégration de professionnel(le)s à compétence élargie (infirmière puéricultrice de pratique avancée) et des parcours de soins et d'orientation vers des centres d'expertise devraient être plus lisibles pour les familles et médecin traitant. En la matière et vis-à-vis du dépistage de situations de maltraitance, les enfants ou adolescents victimes devraient pouvoir accéder rapidement à une évaluation par des équipes pédiatriques expertes (Mission A. Taquet). Le second plan interministériel de lutte contre les violences faites aux enfants⁹⁷ prévoit, dans sa mesure 6, de déployer des « Unités d'Accueil Pédiatrique Enfants en Danger » (UAPED). Ces unités ont été initialement pensées et développées par l'association La Voix De l'Enfant. Elles ont pour objet d'offrir, dans un lieu unique et adapté, avec du personnel formé, un accueil, une audition par les services d'enquête et une prise en charge globale (médicale, judiciaire et médico-légale) du mineur victime.

6. Recommandations

Les fortes préoccupations sur la santé des enfants, dont témoigne l'évolution de la mortalité infantile rejoint celle sur la dégradation globale de la qualité des soins en pédiatrie. Celle-ci relève à la fois d'effectifs insuffisants en experts des différentes spécialités en santé de l'enfant et de la prise en charge par des professionnel(le)s insuffisamment formés par ce défaut d'experts ou par défaut de reconnaissance/valorisation d'expertes (puéricultrices), d'une gradation des soins pas toujours efficiente, d'une illisibilité et d'un défaut de coordination de certains parcours, de répartition de rôles à redéfinir.

La mise en place rapide d'un carnet de santé dématérialisé, qui existe depuis près de 10 ans dans d'autres pays européens, a pour buts outre une meilleure surveillance de la santé de l'enfant, de disposer pour les parents et pour les professionnels de santé, de documents facilitant le suivi et l'orientation des enfants, de recours et d'outils de dépistage des troubles du neurodéveloppement. Ce carnet de santé dématérialisé de l'enfant est en phase avec « Mon Espace Santé » lancé en février 2022 par le Ministère de la Santé et devrait en constituer la « base ». Le rapport du HCSP, envoyé à la Direction Générale de la Santé, propose en effet de différencier trois volets : le carnet lui-même et deux volets d'informations, l'un destiné aux familles et l'autre aux personnels de santé, pédiatres, médecins généralistes, médecins scolaires, PMI etc. Ces deux volets d'information devront être accessibles à la fois directement sur une base de données générales gérée par le ministère de la Santé et à partir de liens présents dans le carnet lui-même et inscrits dans le suivi chronologique de l'enfant.

Cette dématérialisation permettra de faciliter la mise en place d'un suivi cohérent de la santé de l'enfant et l'organisation d'une stratégie de recherche et de la coordination des politiques de santé concernant l'enfant, selon les recommandations du HCSP de 2019. La constatation d'une augmentation récente de la mortalité infantile en France ne fait que renforcer la nécessité d'un meilleur suivi de la santé des enfants.

A l'instar des pays étrangers, l'information sur le contenu du nouveau carnet de santé devra être donnée au cours de la grossesse et pendant le séjour en maternité pour préparer les parents à son utilisation. Le recours à une newsletter pour les parents devrait faciliter la mise en place du dispositif.

⁹⁷ Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019 dossier de presse [violences_plan17-19_dp.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/violences_plan17-19_dp.pdf)

Une version papier du carnet de santé et du volet famille doit continuer à être disponible afin de ne pas créer / aggraver les inégalités de santé déjà existantes par un non-accès aux bases documentaires pour les familles.

Le HCSP partage les inquiétudes et constats de la Haute Autorité de Santé et formule les recommandations suivantes :

6.1 Pédiatres et médecins généralistes

L'écart numérique entre ces deux spécialités, leur démographie actuellement peu favorable, l'insuffisance de pédiatres libéraux, y compris pour suivre et traiter certains groupes d'âge et la nécessité de mieux reconnaître en médecine libérale l'expertise des pédiatres avec orientation de patients par la médecine générale, justifient de redéfinir les périmètres (acteurs de soins primaires et experts en santé de l'enfant) et de redistribuer les rôles des pédiatres libéraux et des médecins généralistes dans leur collaboration dans le parcours et le suivi en santé de l'enfant avec une adaptation régionale tenant compte des effectifs démographiques. Il s'agit de faire face au défaut de pédiatres, aux inégalités de répartition géographique et pour répondre au maintien de leur expertise en milieu hospitalier mais aussi dans les différents champs d'activité non hospitaliers (pédiatrie libérale, PMI, médecine scolaire) et favoriser l'orientation des internes de pédiatrie vers un exercice libéral. Il s'agit de favoriser l'orientation plus fréquente vers la médecine générale de motifs de premier recours (soins primaires) et vers les pédiatres des pathologies complexes ou hors champ de compétence de la médecine générale (soins secondaires), Le choix des familles entre médecin généraliste et pédiatre est souvent dicté par la disponibilité de la ressource sur leur territoire et un délai court de rendez-vous plus que le rôle et périmètres d'intervention de chacune des deux spécialités. Les parcours de soins des enfants doivent être plus visibles pour les familles à la fois dans les recours entre pédiatres et médecins généralistes (dès la naissance) ; dans l'utilisation des maisons médicales ; sur les périodes de permanence des soins et dans la meilleure communication et coordination ville-hôpital des éléments du dossier médical, L'enseignement actuel du DES de médecine générale ne couvre pas l'ensemble des pathologies aiguës de l'enfant et la patientèle pédiatrique des maîtres de stage libéraux est souvent insuffisante pour couvrir ce champ de connaissance. L'implication plus importante de la médecine générale en matière de premier recours en santé de l'enfant implique un renforcement des compétences en médecine de l'enfant

Recommandation 1 – Augmenter le nombre d'internes formés à la pédiatrie afin de le rapprocher de la moyenne européenne de la densité de pédiatres et revoir leur répartition nationale.

Recommandation 2 – Inclure, dans la formation reçue au cours de l'enseignement du DES de pédiatrie, un stage chez le pédiatre libéral chaque fois que possible, stage pouvant être couplé avec la PMI.

Recommandation 3 – Favoriser l'orientation de patients à motifs de recours ou pathologies complexes et/ou hors champ de compétence de la médecine générale vers un pédiatre libéral (soins secondaires), si nécessaire surspécialisé (soins tertiaires) (neuropédiatres, pneumopédiatres, gastropédiatres, pédiatres endocrinologues, etc.).

Recommandation 4 – Favoriser, par une valorisation financière, les consultations longues de suivi de maladies chroniques par les pédiatres.

Recommandation 5 – Informer les familles par des campagnes de communication, directement et par l'intermédiaire des professionnels de santé des rôles respectifs des médecins généralistes et des pédiatres dans le suivi de la santé des enfants.

Recommandation 6 – Inscrire cette information dans le carnet de santé numérique

Recommandation 7 – Organiser les parcours de soins des enfants, et garantir ainsi le suivi de l'ensemble d'entre eux, par des coopérations territoriales (maison pluriprofessionnelle par exemple) et l'intégration renforcée d'infirmières puéricultrices dans le suivi du jeune enfant en binôme avec un médecin généraliste (sur le modèle du dispositif Azalée).

Recommandation 8 – Créer et expérimenter des maisons de santé pédiatriques en y intégrant des infirmières puéricultrices

Recommandation 9 – Développer la formation des médecins généralistes par des formations universitaires plus nombreuses et mieux diffusées (Diplôme interuniversitaire ou Diplôme universitaire en Santé de l'enfant), par des formations médicales continues (FMC) interdisciplinaires associant pédiatres, médecins de PMI, médecins de l'Education nationale aux côtés des médecins généralistes.

Recommandation 10 – Intégrer dans le DES de médecine générale des stages hospitaliers d'une durée de 6 mois dédié à la santé de l'enfant (par exemple pédiatrie générale, consultations aux urgences pédiatriques) ; stage pouvant être couplé avec une activité libérale et/ou de PMI et/ou maison médicale,

6.2. Chirurgie pédiatrique

La démographie des chirurgiens pédiatriques et anesthésistes avec compétences en pédiatrie est actuellement en dessous de la densité moyenne européenne et encore inhomogène sur le territoire.

Recommandation 11 – Augmenter le nombre de chirurgiens pédiatriques et d'anesthésistes avec compétence en pédiatrie pour que chaque région puisse se rapprocher de la densité moyenne européenne (3,9 chirurgiens pédiatriques pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans). Cette augmentation du nombre de chirurgiens pédiatriques et d'anesthésistes avec compétence en pédiatrie doit être associée à une répartition en réseaux des spécialistes selon les niveaux d'expertise pour un maillage territorial homogène.

Recommandation 12 – Homogénéiser la répartition territoriale en reconnaissant la chirurgie pédiatrique viscérale et orthopédique comme spécialité en tension afin de permettre une priorisation de l'affectation de moyens humains et leur valorisation financière.

Recommandation 13 – Maintenir l'expertise dans la fabrication, la mise à disposition et la maintenance de dispositifs et de matériels spécifiques à l'enfant non seulement en chirurgie mais aussi en pédiatrie en général (orthèse, masques adaptés, etc.), en encourageant la création et soutenant financièrement ces entreprises.

6.3. Pédopsychiatrie

La France est très déficitaire dans sa démographie de pédopsychiatres et peine actuellement à s'organiser pour la prise en charge de la santé mentale des enfants et adolescents en période pandémique. Des assises spécifiques à cette filière ont déjà eu lieu à l'été 2021. L'amélioration de cette situation repose sur les recommandations suivantes :

Recommandation 14 – Reconnaître la pédopsychiatrie comme une spécialité à part entière (DES),

Recommandation 15 – Augmenter le nombre de pédopsychiatres en formation.

Recommandation 16 – Valoriser la profession notamment par une meilleure représentation académique (nombre de praticiens universitaires).

Recommandation 17 – Mieux définir et rendre plus lisible la place de psychologues avec expertise en santé de l'enfant et de l'adolescent dans leur circuit d'orientation, de soins et de prévention.

6.4. La médecine scolaire

La médecine scolaire est en difficulté du fait des inégalités très marquées de répartition de postes, elle connaît un profond défaut d'attractivité de la filière mal connue et peu prisée des jeunes diplômé(e)s. Afin de mieux pourvoir les postes actuellement offerts sur le territoire, les internes des spécialités concernées par la formation spécialisée transversale devraient recevoir plus d'informations sur le rôle et les missions des médecins scolaires. Il est indispensable d'accroître le taux de visite médicale lors de la 6^{ème} année pour un taux cible de 50% dans les 4 ans vs 19,5% en moyenne actuellement. Contrairement à d'autres pays européens où les orthophonistes font partie intégrante de la médecine scolaire, ce n'est pas le cas en France. Leur intégration permettrait d'effectuer un dépistage et une orientation pertinente en limitant le phénomène actuel de sur-orientation d'élèves par des enseignants vers des orthophonistes.

Recommandation 18 – Revaloriser financièrement les médecins de l'Education nationale.

Recommandation 19 – Autoriser la prescription médicale aux médecins de l'Education nationale.

Recommandation 20 – Intégrer en santé scolaire plus d'infirmières puéricultrices, ce qui correspond complètement à leur champ d'expertise et de compétences.

Recommandation 21 – Intégrer des orthophonistes dans le personnel de la santé scolaire ce qui permettrait une orientation plus pertinente vers les professionnels libéraux.

6.5. Les Infirmières puéricultrices ou non.

Infirmières puéricultrices

L'exercice en unités pédiatriques hospitalières est de moins en moins prisé par les infirmières puéricultrices pour des raisons de pénibilité (nuit, weekend) et de reconnaissance. Cet aspect et l'inadéquation entre étudiantes formées et départ en retraite entraîne une tension de la filière en

établissements de santé. Pour garantir aux enfants hospitalisés des soins infirmiers experts, pour satisfaire aux recommandations de la HAS⁵⁶ et pour minimiser le risque d'erreurs liés aux soins ou le risque de réadmission après une hospitalisation, un pourcentage optimal de puéricultrices dans les unités de pédiatrie doit être défini en collaboration avec les sociétés savantes de pédiatrie (société française de pédiatrie (SFP), conseil national professionnel de pédiatrie (CNPP), groupe français de réanimation et urgences pédiatriques (GFRUP)), le Collège national des puéricultrices, l'association nationale des puéricultrices diplômées d'Etat (ANPDE) et le comité d'entente des écoles préparant aux métiers de l'enfance (CEEPAME)). Les infirmières puéricultrices ne peuvent avoir une activité libérale sous ce titre car elles ne disposent pas d'actes dédiés dans la nomenclature NGAP. D'autres pays ont développé et intégré depuis de nombreuses années les infirmières puéricultrices en pratique avancée dans le parcours de soins des enfants et dans trois champs d'activité : « *primary care* » / médecine libérale, maison pluriprofessionnelle, centres médicalisés d'accueil d'enfants, PMI ; « *in-patient care* » / suivi et coordination de patients porteurs de pathologies chroniques et « *acute care* » / urgences pédiatriques et service d'urgences polyvalents accueillant plus de 15000 patients pédiatriques (âge < 15 ans) par an, soins critiques, réanimation pédiatrique et néonatale. Ces puéricultrices en pratique avancée constituent une plus-value dans la coordination et la logique des parcours patients permettant aux médecins de se concentrer sur les situations les plus complexes ou instables.

Recommandation 22 – Augmenter d'au moins 50% le nombre d'étudiantes puéricultrices dans les différents centres de formation dédiés pour garantir le maintien de cette expertise.

Recommandation 23 – Revaloriser financièrement et reconnaître l'expertise des infirmières puéricultrices.

Recommandation 24 – Soutenir la refonte de leur diplôme (passage à deux ans d'étude) et accélérer l'universitarisation de la profession.

Recommandation 25 – Définir un ratio national puéricultrices/infirmières non puéricultrices en unités de pédiatrie, pour le maintien d'une expertise.

Recommandation 26 – Reconnaître l'exercice libéral des infirmières puéricultrices en matière de promotion de la santé de l'enfant, de soutien à la parentalité, de prévention primaire et secondaire, de soins pédiatriques, via une tarification spécifique donnant lieu à remboursement pour les familles.

Recommandations 27 – Favoriser et développer l'accès des infirmières puéricultrices aux pratiques avancées dans trois champs de la santé de l'enfant : soins de santé primaires ; suivi et coordination de patients porteurs de pathologies chroniques et soins aigus et critiques.

Infirmières non puéricultrices

La France est le pays européen qui comprend le moins d'heures d'enseignement en matière de santé de l'enfant ou de pédiatrie dans le cursus des étudiant(e)s en soins infirmiers (0,08%)⁷¹, l'obligation de cet enseignement a disparu depuis 2009. Le recrutement fréquent de jeunes diplômé(e)s en unité pédiatrique fait donc courir un risque majoré d'erreurs liées aux soins et leur courbe d'apprentissage est lente.

Recommandation 28 – Réinstaurer l'obligation d'un enseignement de base de pédiatrie dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et renforcer les compétences pédiatriques des étudiant(e)s de ces instituts par le développement de l'apprentissage par simulation en particulier.

Recommandation 29 – Faire figurer, dans la fiche de poste initiale des infirmières non puéricultrices motivées pour travailler en unité de pédiatrie, un engagement à faire la formation diplômante de puéricultrice. Cet engagement doit bénéficier d'un soutien financier institutionnel dans le cadre d'un plan de formation pluriannuel. La tension dans d'autres filières infirmières spécialisées ne doit pas être utilisée pour ne pas soutenir la formation diplômante de puéricultrice.

Recommandation 30 – Faire bénéficier les infirmières non puéricultrices exerçant depuis de nombreuses années en unités de pédiatrie de la validation des acquis de l'expérience (VAE) pour l'obtention du diplôme d'Etat de puéricultrice.

6.6. Psychomotricien(ne)s

De nombreuses demandes ne peuvent pas être satisfaites ni en France métropolitaine ni dans les DROM, surtout dans les domaines de la petite enfance et la gériatrie, il apparaît nécessaire d'augmenter le nombre de psychomotricien(ne)s formé(e)s car l'offre de formation actuelle (nombre d'institut de formation) est insuffisante.

Recommandation 31 – Former chaque année cent étudiants de plus en psychomotricité, soit deux nouveaux instituts de formation.

7. Conclusion

A l'issue de ce rapport sur le système de soins, il est difficile de ne pas évoquer la publication récente de l'augmentation de la mortalité infantile en France⁷. Cet indicateur majeur de santé qui stagnait depuis 10 ans, à l'instar de son amélioration dans d'autres pays européens, augmente depuis 2012. L'urgence d'une analyse plus approfondie des causes est absolument nécessaire. Une meilleure coordination des politiques de santé et un soutien pour le développement et le maintien de l'expertise en santé de l'enfant font partie des axes d'amélioration de cet indicateur. La création d'une commission consacrée à la santé des enfants et des jeunes dans le prochain mandat du HCSP permettra d'approfondir ces propositions pour une politique globale et concertée de l'enfant.

8. Références

- 1- Sommelet D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé - Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent - 2006 <http://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/074000282.pdf>
- 2- Peyron M - Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! - 2019 <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf>
- 3- Giampino S. Développement du jeune enfant – Modes d'accueil, Formation des professionnels - Ministère des Solidarités et de la Santé 2016 <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/famille-enfance/article/rapport-de-sylviane-giampino-developpement-du-jeune-enfant-modes-d-accueil>
- 4- Rapport Cour des Comptes – Des médecins et personnels de santé scolaire – Communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale, avril 2020 <https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-05/20200527-rapport-58-2-medecins-personnels-sante-scolaire.pdf>
- 5-Amiel M. Mieux reconnaître la pédopsychiatrie et les professions associées - Situation de la psychiatrie des mineurs en France - (2016-2017) p112-125 www.senat.fr/rap/r16-494/r16-4941.pdf
- 6-La santé des enfants – Une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé – Rapport de la Cour des Comptes (Décembre 2021) - <http://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2022-02/20220209-sante-des-enfants.pdf>
- 7-Trinh NTH, de Visme S, Cohen JF, Bruckner T, Lelong N, Adnot P, Rozé JC, Blondel B, Goffinet F, Rey G, Ancel PY, Zeitlin J, Chalumeau M. Recent historic increase of infant mortality in France: A time-series analysis, 2001 to 2019. Lancet Reg Health Eur. 2022 Mar 1;16:100339. doi: 10.1016/j.lanepe.2022.100339.
- 8-Le dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant – Rapport du Haut conseil de la santé publique (2019) <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=744>
- 9- Mourgues JM. Atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1^{er} Janvier 2018 – Ordre national des médecins http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
- 10- Pour un système universel de retraite – Préconisations de Jean-Paul Delevoye (2019) http://www.syndicatavenirspe.fr/wpcontent/uploads/2020/02/AvenirSpe_Friguet20200215.pdf
- 11-Association française de pédiatrie ambulatoire (Afpa) – Dossier de presse juin 2017 http://afpa.org/content/uploads/2017/06/DP_2017-06.pdf
- 12- Eurostat - Healthcare personnel statistics <http://ec.europa.eu/eurostat/fr/data/database>
- 13- Statistique annuelle des établissements <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>
- 14- Samu-Urgences de France. Référentiel – Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence (Samu, Smur, Service des Urgences, UHCD), Novembre 2011. http://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/654/sudf_effectifs_medicaux-et-nonmedicaux.pdf

15- Arrêté du 2 septembre 2019 rappelant pour l'année 2019 et projetant pour la période 2020-2023 le nombre d'internes en médecine à former, par spécialité et par centre hospitalier universitaire publié au J.O. du 4 septembre 2019 <http://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039025595>

16- Observatoire national de la démographie des personnels de santé – Rapport 2008-2009 – Tome 3. Le renouvellement des effectifs médicaux https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_tome_3_consacre_au_renouvellement_des_effectifs_medicaux.pdf

17-Démographie des chirurgiens pédiatres – Collège national hospitalier et universitaire de chirurgie pédiatrique [Rapport sur la démographie médicale en chirurgie pédiatrique - SFCP \(chirpediatic.fr\)](http://www.chirpediatic.fr)

18- Parigi GB, Czauderna P, Rolle U, Zachariou Z. European census on pediatric surgery. Eur J Pediatr Surg 2018;28:227–237.

19- Lechevallier J, Varlet F. Démographie des chirurgiens pédiatres en France en 2014. Impacts sur la stratégie de formation et évolution des modalités de l'exercice. [http://www.college-chirped.fr/College_National_Hospitalier_et_Universitaire_de_Chirurgie_Pediatrique/3e_Cycle - DES files/Rapport%20sur%20la%20Démographie%20en%20Chirurgie%20Pédiatrique%20-%20Lechevallier%20-%2005-03-2014.pdf](http://www.college-chirped.fr/College_National_Hospitalier_et_Universitaire_de_Chirurgie_Pediatrique/3e_Cycle_-_DES_files/Rapport%20sur%20la%20D%C3%A9mographie%20en%20Chirurgie%20P%C3%A9diatrique%20-%20Lechevallier%20-%2005-03-2014.pdf)

20- Moro MR, Brison JL – Mission bien-être et santé des jeunes (2016) https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_mission_bien-etre_et_sante_des_jeunes_partie_1.pdf

21- Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des centres médico-psychopédagogiques (CMPP), et des centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ). Rapport Inspection générale des affaires sanitaires (IGAS) 2018. https://www.IGAS.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-005R_version_sept.pdf

22- Vers un remboursement des séances de psychologues dès le printemps 2022 – MonPsy. <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/accompagnement-psychologique/article/vers-un-remboursement-des-seances-de-psychologues-des-le-printemps-2022-monpsy>

23-Code de la santé publique - Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant (Articles R2112-1 à R2324-47) - Livre 1er : Protection et promotion de la santé maternelle et infantile (Articles R2112-1 à R2151-21) - Titre 1er : Organisation et missions (Articles R2112-1 à R2112-21) – Chapitre II : Service départemental de protection maternelle et infantile (Articles R2112-1 à R2112-21) – Section 1 : Missions et organisation. (Articles R2112-1 à R2112-8) – Article R2112-5 http://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006911161/2010-06-09

24- Code de la santé publique - Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant (Articles R2112-1 à R2324-47) - Livre 1er : Protection et promotion de la santé maternelle et infantile (Articles R2112-1 à R2151-21) - Titre 1er : Organisation et missions (Articles R2112-1 à R2112-21) – Chapitre II : Service départemental de protection maternelle et infantile (Articles R2112-1 à R2112-21) – Section 1 : Missions et organisation. (Articles R2112-1 à R2112-8) – Article R2112-6 http://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006911162/

- 25- Code de la santé publique - Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant (Articles R2112-1 à R2324-47) - Livre 1er : Protection et promotion de la santé maternelle et infantile (Articles R2112-1 à R2151-21) - Titre 1er : Organisation et missions (Articles R2112-1 à R2112-21) - Chapitre II : Service départemental de protection maternelle et infantile (Articles R2112-1 à R2112-21) - Section 1 : Missions et organisation. (Articles R2112-1 à R2112-8) - Article R2112-7 - http://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006911163/
- 26- Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. Drees - Etudes et résultats - n°791, Mars 2012. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er791.pdf>
- 27-Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre ? Rapport d'études - Conseil national Ordre des sages-femmes http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnosf_-_rapport_d_etude_-_marche_du_travail_des_sages-femmes.pdf
- 28- Les sages-femmes - Une profession en mutation - Observatoire national des professions de santé (ONDPS) (2016) http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf
- 29- L'aide et l'action sociales en France - édition 2018 - Panaorama de la Drees Social <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-07/1-aas2018.pdf>
- 30- Décret n° 2019-825 du 2 août 2019 relatif au contrôle des établissements d'accueil collectif dits « jardins d'enfants » recevant des enfants soumis à l'instruction obligatoire - JORF n°0180 du 4 août 2019 <http://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038874648>
- 31- Mission d'expertise sur l'avenir des jardins d'enfants (2020) - Inspection générale des affaires sociales - Inspection générale de l'éducation nationale, du sport et de la recherche www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/277763.pdf
- 32- Gérard-Varet JF - Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1^{er} Janvier 2020 http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
- 33- Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation <http://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033479390/> - Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine <http://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034419758/>
- 34- Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881/>
- 35- Arrêté du 5 août 2020 fixant au titre de l'année universitaire 2020-2021 le nombre d'étudiants susceptibles d'être affectés à l'issue des épreuves classantes nationales en médecine par spécialité et par centre hospitalier universitaire <http://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042216223>
- 36- Rapport Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) 2008-2009, tome 3 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_tome_3_consacre_au_renouvellement_des_effectifs_medicaux.pdf

37- Arrêté du 27 novembre 2017 modifiant l'arrêté du 12 avril 2017 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine - JORF n° 0296 du 20 décembre 2017 <http://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036237037>

38- Arrêté du 5 juin 2020 fixant le nombre d'étudiants de troisième cycle des études médicales autorisés à suivre une option ou une formation spécialisée transversale au titre de l'année universitaire 2020-2021 - J.O. 7 juin 2020 <http://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041965119>

39- Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes - J.O. n° 0050 du 28 février 2015 <http://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000030295642>

40- Code de la santé publique - Partie réglementaire (Articles R1110-1 à R6431-76) Sixième partie : Etablissements et services de santé (Articles R6111-1 à R6431-76) - Livre Ier : Etablissements de santé (Articles R6111-1 à R6164-5) - Titre V : Personnels médicaux et pharmaceutiques (Articles D6151-1 à R. 6156-78) - Chapitre III : Etudiants en médecine, odontologie, maïeutique et pharmacie (Articles R6153-1 à R6153-110) - Section 1 : Statut des étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie, de maïeutique et de pharmacie (Articles R6153-1 à R6153-44) - Statut des docteurs juniors (Articles R6153-1 à R6153-1-23) <http://www.legifrance.gouv.fr/codes/section/lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196816/2020-09-01/>

41- Enseignements du DES de chirurgie pédiatrique - Collège national hospitalier et universitaire de chirurgie pédiatrique [Rapport sur la démographie médicale en chirurgie pédiatrique - SFCP \(chirpediatric.fr\)](http://www.chirpediatric.fr)

42- Rapport de la société française d'ophtalmologie - Ophtalmologie pédiatrique (2017) http://www.em-consulte.com/em/SFO/2017/file_1_00033.html

43- Constant I, Louvet N, Guye ML, Sabourdin N. Anesthésie générale chez l'enfant : quid des pratiques en 2010 ? Ann Fr Anesth Reanim 2012 ;31:709-23

44- Courrèges P, Ecoffey C, Galloux Y et al. Maintien des compétences en anesthésie pédiatrique. Ann Fr Anesth Reanim 2006 ; 25 :353-5.

45- L'exercice infirmier en puériculture, une expertise globale de santé publique en vue de l'intérêt supérieur de l'enfant. Position adoptée par le Conseil national de l'Ordre des infirmiers le 7 décembre 2010. http://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/positions/position_puericultrice.pdf

46- Marchal J. La profession d'infirmière puéricultrice, un métier en devenir tourné vers les pratiques avancées. EMC - Savoirs et soins infirmiers, 2012 ; 7(3) : 1-12. [Article 60-110-Q-30] <http://www.em-consulte.com/article/734738/la-profession-d-infirmiere-puericultrice-un-metier>

47- La formation initiale - Conseil national de l'Ordre des sages-femmes <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/initiale/>

48- Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) - Rapport annuel 2006-2007 - Tome 1 - La médecine générale <http://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/084000372.pdf>

49-Martos S. Internat : 1 816 postes ouverts dans les FST et options, insuffisant aux yeux des jeunes - Le Quotidien du médecin, juillet 2019. <http://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/internat/internat-1-816-postes-ouverts-dans-les-fst-et-options-insuffisant-aux-yeux-des-jeunes>

50-Arrêté du 24 janvier 2020 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthophoniste et d'orthoptiste et au diplôme d'Etat d'audioprothésiste au titre de l'année universitaire 2020-2021. J.O. n°0023 du 28 janvier 2020 <http://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2020/01/28/0023>

51-Décret n° 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste. JORF n°0203 du 1 septembre 2013 <http://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2013/09/01/0203>

52-Certificat de capacité d'orthophoniste - Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche - Référentiel d'activités. Bulletin officiel n° 32 du 5 septembre 2013 http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/32/38/5/referentiel-activites-orthophoniste_267385.pdf

53- Loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social. J.O. n°0031 du 5 février 1995. <http://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000166739/>

54- Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice <http://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000693097/>

55- Arrêté du 30 novembre 2020 portant création de la spécialité « Accompagnant éducatif petite enfance » de certificat d'aptitude professionnelle et fixant ses modalités de délivrance <http://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042677254>

56-Convention internationale des droits de l'enfant (1989) - Unicef www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/50154.pdf

57- Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé (2017) - Haute autorité de santé (HAS). http://www.has-sante.fr/jcms/c_2795633/fr/enjeux-et-specificites-de-la-prise-en-charge-des-enfants-et-des-adolescents-en-etablissement-de-sante

58- Bohic N, Josselin A, Sandeau-Gruber AC, Siahmed H, C.d'Autume C. Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé. Rapport Inspection générale des affaires sociales (IGAS), novembre 2021. <http://igas.gouv.fr/spip.php?article842>

59-Organisation des professions de santé: quelle vision dans dix ans et comment y parvenir - rapport d'information - Commission des affaires sociales - Assemblée nationale, Juillet 2021 - http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/mi_organisation_sante

60- Observatoire national de la petite enfance - Rapport annuel 2020 (données 2019) - <https://www.caf.fr/presse-institutionnel/recherche-et-statistiques/observatoire-national-de-la-petite-enfance/rapport-annuel-de-l-observatoire>

61-Les maternités cahier 1 : analyse générale - Rapport d'information n° 243, fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux maternités, Par M. Jean-Marie VANLERENBERGHE (Décembre 2014). <http://www.senat.fr/rap/r14-243/r14-2431.pdf>

62-Zonage des orthophonistes - Fédération national des orthophonistes (FNO)
www.fno.fr/actualites/cadre-legislatif/parution-des-premiers-zonages-orthophonistes/

63- Claudet I, Marchand-Tonel C, Micas N et al. Urgences vitales de l'enfant : évaluation des capacités des infirmières et puéricultrices à mettre en œuvre les gestes d'urgence et de réanimation. *Ann Fr Med Urg* 2012 ;2 :78-83.

64- Valleteau de Mouillac J. La pédiatrie libérale : enjeux, difficultés et perspectives. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2013, 197, no 6, 1143-1152, séance du 4 juin 2013 - [untitled \(academie-medecine.fr\)](http://www.academie-medecine.fr)

65- Giami A, (2010) « La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité », in G. Bloy, Schweyer, F.X. (Ed.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale* (pp. 147-167). Rennes: EHESP, 2010.

66- Claudet I, Marchand-Tonel C. Pourquoi la médecine de l'enfant risque de passer sous la ligne de flottaison ? Les raisons d'une maltraitance annoncée. *Perfectionnement en Pédiatrie* (2020), <https://doi.org/10.1016/j.perped.2020.03.008>

67- Gauthier M, Issenman RM, Wilson I. Un modèle de la pédiatrie : Repenser les soins de santé pour les enfants et les adolescents. *Paediatrics & Child Health*, Volume 14, Issue 5, 5/6 2009, Pages 326-332, <https://doi.org/10.1093/pch/14.5.326>

68- Bégué P. Regards sur le passé et l'avenir de la pédiatrie, sa place à l'Académie de médecine. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2016, 200, nos 8-9, 1743-1750, séance du 20 décembre 2016. <http://www.academie-medecine.fr/regards-sur-le-passe-et-lavenir-de-la-pediatrie-sa-place-a-lacademie-de-medecine/>

69-Service d'accès aux soins (SAS) : la garantie d'un accès aux soins partout et à toute heure <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/article/service-d-acces-aux-soins-garantie-d-un-acces-aux-soins-partout-a-toute-heure>

70-Bergeron H, Castel P. Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins. *Sociologie du Travail, Association pour le développement de la sociologie du travail*, 2010, 52 (4), pp.441 - 460. [ff10.1016/j.soctra.2010.09.001](https://doi.org/10.1016/j.soctra.2010.09.001)ff. [ffhalshs-00587055v2f](https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00587055/file/2010-bergeron-castel-captation-appariement-reseau-vauteur.pdf)
<http://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/halshs-00587055/file/2010-bergeron-castel-captation-appariement-reseau-vauteur.pdf>

71-Code de la santé publique - Partie réglementaire (Articles R1110-1 à R6431-76) - Quatrième partie : Professions de santé (Articles R4002-1 à D4443-33) - Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires (Articles R4301-1 à D4393-17) - Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière (Articles R4311-1 à R4312-92) - Chapitre Ier : Règles liées à l'exercice de la profession (Articles R4311-1 à R4311-106) - Section 1 : Actes professionnels. (Articles R4311-1 à D4311-15-2) - Article R4311-13. www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913901/

72-Clancy A, Montanana Olaso E, Larkin P et al. Education on childrens complex care needs in general nursing curricula in Europe:an inductive content analysis. *Nurse Education in Practice* 2021;52:103034 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595321000706>

73- Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation - JORF n°0010 du 13 janvier 2022 <http://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2022/01/13/0010>

74-Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *Questions d'économie de la santé* n° 232 - Avril

2018 <http://www.irdes.fr/recherche/2018/qes-232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.html>

75- Loussouarn C, Franc C, Videau Y, Mousquès J. La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? L'impact du dispositif Asalée. Question d'économie de la santé n° 241, 2019. www.irdes.fr/recherche/2019/qes-241-la-cooperation-avec-une-infirmiere-modifie-t-elle-l-activite-du-medecin-generaliste.html

76- Arrêté du 26 décembre 2000 relatif aux personnels des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans. JORF n°302 du 30 décembre 2000. www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000768507/

77-Décret n° 2021-216 du 25 février 2021 relatif à la réforme du financement des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation et portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé - JORF n°0049 du 26 février 2021. <http://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2021/02/26/0049>

78-Arrêté du 6 avril 2021 relatif aux modalités de financement mentionnées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation - JORF n°0089 du 15 avril 2021. <http://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2021/04/15/0089>

79- Les enfants comme les personnes âgées sont des patients vulnérables - Le Monde - 18 octobre 2021 http://www.lemonde.fr/idees/article/2021/10/18/les-enfants-comme-les-personnes-agees-sont-des-patients-vulnerables_6098775_3232.html

80- Financement des urgences: les enfants ne peuvent être la variable d'ajustement - Le Figaro - 7 novembre 2021 <http://www.lefigaro.fr/sciences/financement-des-urgences-les-enfants-ne-peuvent-etre-la-variable-d-ajustement-20211107>

81- Une réforme périlleuse pour les urgences pédiatriques - Le Quotidien du Médecin - 3 décembre 2021 <http://www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/pediatrie/une-reforme-perilleuse-pour-les-urgences-pediatriques>

82-Pacte de refondation des urgences (2019) - Ministère des solidarités et de la santé http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/urgences_dp_septembre_2019.pdf

83- Arrêté du 29 novembre 2019 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Evaluation du bilan radiologique requis et sa demande anticipée par l'infirmier ou l'infirmière organisateur de l'accueil (IOA), en lieu et place du médecin, pour les patients se présentant avec un traumatisme de membre dans un service d'urgences » - JORF n°0290 du 14 décembre 2019. <http://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2019/12/14/0290>

84- Fauchier-Magnan E, Fenoll B, Chabrol B. La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France, IGAS, Mai 2021 [2020-074r.pdf \(igas.gouv.fr\)](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2020-074r.pdf)

85- Etude sur les champs d'interventions des orthophonistes - Les spécificités et les coopérations avec d'autres professions - Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS). 2011. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_sur_le_metier_d_orthophoniste.pdf

86- Bois C, Milcent K, Dufourg MN, Charles MA. Bilan de santé des enfants de 3-4 ans en école maternelle par la Protection maternelle et infantile en 2014-2016 : disparités départementales

87-Défenseur des droits – Rapport santé mentale des enfants : le droit au bien-être (2021)
<http://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/282436.pdf>

88- Revet A, Raynaud J-P, Marcelli D, et al. Career Choice and Attractiveness of Child and Adolescent Psychiatry as a Medical Specialty: A National French Questionnaire Survey. *Front. Psychiatry*, 2021 : 12:560141. doi: 10.3389/fpsyt.2021.560141
<http://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2021.560141/full>

89- Livre Blanc de l'Association Nationale des Puéricultrices Diplômé(e)s et des Etudiants pour l'évolution de la spécialité (2018) – www.anpde.asso.fr/actu/livre-blanc

90- McHugh MD, Haiken LH, Sloane DM et al. Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals - *The Lancet* 2021;397:1905-13.
<http://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2821%2900768-6>

91- Tubbs-Cooley HL, Cimiotti JP, Silber JH et al. An observational study of nurse staffing ratios and hospital readmission among children admitted for common conditions. *BMJ Qual Saf* 2013;22:735–742. <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23657609/>

92- Coles H, Gillett K, Murray Gwen, Turner K. The Royal College of Speech and Language Therapists – Justice evidence Base – 2017. www.rcslt.org/wp-content/uploads/media/Project/RCSLT/justice-evidence-base2017-1.pdf

93- Chabrol B. La pédiatrie en 2013. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2013, 197, no 6, 1115-1122, séance du 4 juin 2013 <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/03/2013.6.pdf>

94- Murphy MA. A brief history of pediatric nurse practitioners and NAPNAP 1964-1990. *Journal of Pediatric Health Care* 1990;4 (6) 332-7

95- Rapport sur la proposition de résolution de Mme Marie-George Buffet et plusieurs de ses collègues tendant à la création d'une commission d'enquête pour mesurer et prévenir les effets de la crise du covid-19 sur les enfants et la jeunesse (3068), n° 3165. Commission des affaires culturelles et de l'éducation – Assemblée nationale, juin 2020. http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-cedu/l15b3165_rapport-fond

96-Gestion de l'épidémie Covid-19 et inégalités sociales de santé des enfants, leçons pour le futur – Avis du 18 juin 2020 – Haut conseil de la santé publique (2020). <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=896>

97-Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019 – Dossier de presse - http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/violences_plan17-19_dp.pdf

9. Annexes

Annexe 1-Démographie des professions de santé de l'enfant

Tableau A - Capacités en lits de réanimation et de surveillance continue selon les régions et les départements (source SAE)

| Capacités Réanimation pédiatrique et surv. Continue | | Nombre de lits | | | | | |
|---|-----------------------|-------------------------|-----------|----------|-----------------------|-----------|----------|
| Grandes régions 2018 | | Réanimation pédiatrique | | | Surveillance continue | | |
| Code | Libellé | Public | Privé BNL | Privé BL | Public | Privé BNL | Privé BL |
| FR | France entière | 361 | 0 | 21 | 745 | 2 | 42 |
| | France métropolitaine | 343 | 0 | 21 | 722 | 2 | 42 |
| Auvergne-Rhône Alpes | | 50 | 0 | 0 | 103 | 0 | 0 |
| 01 | Ain | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| 03 | Allier | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 |
| 07 | Ardèche | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15 | Cantal | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 26 | Drôme | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 |
| 38 | Isère | 8 | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 |
| 42 | Loire | 8 | 0 | 0 | 12 | 0 | 0 |
| 43 | Haute-Loire | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 63 | Puy-de-Dôme | 4 | 0 | 0 | 12 | 0 | 0 |
| 69 | Rhône | 30 | 0 | 0 | 33 | 0 | 0 |
| 73 | Savoie | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| 74 | Haute-Savoie | 0 | 0 | 0 | 14 | 0 | 0 |
| Bretagne | | 9 | 0 | 0 | 21 | 0 | 0 |
| 22 | Côtes-d'Armor | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 29 | Finistère | 3 | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 |
| 35 | Ille-et-Vilaine | 6 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 |
| 56 | Morbihan | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 |
| Bourgogne-Franche-Comté | | 9 | 0 | 0 | 25 | 0 | 0 |
| 21 | Côte-d'Or | 6 | 0 | 0 | 11 | 0 | 0 |
| 25 | Doubs | 3 | 0 | 0 | 12 | 0 | 0 |
| 39 | Jura | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 58 | Nièvre | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 70 | Haute-Saône | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 71 | Saône-et-Loire | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| 89 | Yonne | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 90 | Territoire de Belfort | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Centre-Val de Loire | | 11 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 |
| 18 | Cher | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| 28 | Eure-et-Loir | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| 36 | Indre | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 37 | Indre-et-Loire | 7 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 |
| 41 | Loir-et-Cher | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| 45 | Loiret | 4 | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 |
| Grand Est | | 30 | 0 | 0 | 73 | 0 | 0 |
| 08 | Ardennes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | Aube | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| 51 | Marne | 6 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 |
| 52 | Haute-Marne | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 54 | Meurthe-et-Moselle | 12 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 |
| 55 | Meuse | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 57 | Moselle | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| 67 | Bas-Rhin | 12 | 0 | 0 | 34 | 0 | 0 |
| 68 | Haut-Rhin | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 |
| 88 | Vosges | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hauts de France | | 22 | 0 | 0 | 93 | 0 | 4 |
| 02 | Aisne | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 59 | Nord | 14 | 0 | 0 | 62 | 0 | 4 |
| 60 | Oise | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 |

| | | | | | | | |
|----------------------------|-------------------------|-----|---|----|-----|---|----|
| 62 | Pas-de-Calais | 0 | 0 | 0 | 17 | 0 | 0 |
| 80 | Somme | 8 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 |
| Île-de-France | | 112 | 0 | 16 | 186 | 0 | 26 |
| 75 | Paris | 82 | 0 | 0 | 115 | 0 | 2 |
| 77 | Seine-et-Marne | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 |
| 78 | Yvelines | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 |
| 91 | Essonne | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| 92 | Hauts de Seine | 10 | 0 | 16 | 17 | 0 | 16 |
| 93 | Seine St Denis | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 |
| 94 | Val de Marne | 20 | 0 | 0 | 20 | 0 | 8 |
| 95 | Val-d'Oise | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 |
| Normandie | | 18 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 |
| 14 | Calvados | 8 | 0 | 0 | 14 | 0 | 0 |
| 27 | Eure | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 50 | Manche | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| 61 | Orne | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 76 | Seine-Maritime | 10 | 0 | 0 | 22 | 0 | 0 |
| Nouvelle-Aquitaine | | 19 | 0 | 0 | 33 | 0 | 0 |
| 33 | Gironde | 12 | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 |
| 16 | Charente | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 17 | Charente-Maritime | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 19 | Corrèze | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 23 | Creuse | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 24 | Dordogne | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| 40 | Landes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 47 | Lot-et-Garonne | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| 64 | Pyrénées-Atlantiques | 2 | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 |
| 79 | Deux-Sèvres | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 86 | Vienne | 3 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 |
| 87 | Haute-Vienne | 2 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 |
| Occitanie | | 16 | 0 | 0 | 36 | 2 | 0 |
| 09 | Ariège | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 11 | Aude | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 12 | Aveyron | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 30 | Gard | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 31 | Haute-Garonne | 12 | 0 | 0 | 20 | 2 | 0 |
| 32 | Gers | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 34 | Hérault | 4 | 0 | 0 | 16 | 0 | 0 |
| 46 | Lot | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 48 | Lozère | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 65 | Hautes-Pyrénées | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 66 | Pyrénées-Orientales | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 81 | Tarn | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 82 | Tarn-et-Garonne | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pays de la Loire | | 19 | 0 | 0 | 23 | 0 | 0 |
| 44 | Loire-Atlantique | 10 | 0 | 0 | 16 | 0 | 0 |
| 49 | Maine-et-Loire | 5 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 |
| 53 | Mayenne | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 72 | Sarthe | 4 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| 85 | Vendée | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | | 28 | 0 | 5 | 49 | 0 | 12 |
| 13 | Bouches-du-Rhône | 28 | 0 | 0 | 31 | 0 | 6 |
| 04 | Alpes-de-Haute-Provence | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 05 | Hautes-Alpes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 06 | Alpes-Maritimes | 0 | 0 | 5 | 10 | 0 | 6 |
| 83 | Var | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| 84 | Vaucluse | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |

Tableau B – Capacités en lits de soins continus dans les CHU/CHR de France métropolitaine en 2019 et effectifs médecins, infirmiers spécialisés et non spécialisés (source SAE 2019)

| Etablissements Publics | Lits de soins continus | | | | | | | | | | | |
|------------------------|------------------------|---------|----------|--------|------|--------|-----------|------|--------|--------------|------|--------|
| CHU/CHR 2019 | Enfants | | | ETPMéd | | | ETPInfSpé | | | ETPInfnonSpé | | |
| Libellé | Lits | Séjours | Journées | Tpl | Tpar | ETPmoy | Tpl | Tpar | ETPmoy | Tpl | Tpar | ETPmoy |
| Total | 532 | 34264 | 254477 | 165 | 150 | 91,82 | 175 | 79 | 202,4 | 281 | 143 | 360,24 |
| Amiens | 8 | 557 | 1889 | 0 | 5 | 0,72 | 3 | 1 | 3,1 | 7 | 3 | 8,9 |
| Angers | 3 | 147 | 413 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1,7 | 2 | 5 | 5,6 |
| Besançon | 16 | 681 | 3461 | 0 | 28 | 3,1 | 3 | 6 | 6,8 | 6 | 7 | 11,2 |
| Bordeaux | 10 | 822 | 2583 | 5 | 0 | 1,6 | 0 | 0 | 0 | 10 | 11 | 9,2 |
| Brest | 7 | 691 | 1989 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Caen | 14 | 577 | 3815 | 3 | 0 | 1,8 | 6 | 8 | 8 | 5 | 8 | 7,9 |
| Clermont-Ferrand | 16 | 563 | 2957 | 7 | 0 | 3,7 | 7 | 5 | 10,8 | 4 | 4 | 7,7 |
| Dijon | 11 | 1170 | 5887 | 1 | 0 | 0,3 | - | - | - | - | - | - |
| Grenoble | 10 | 626 | 2055 | 0 | 3 | 2 | 5 | 2 | 7,6 | 1 | 1 | 1,9 |
| Lille | 36 | 1929 | 1 00023 | 3 | 0 | 3,9 | 20 | 9 | 21,4 | 17 | 10 | 24,3 |
| Limoges | 4 | 453 | 1462 | 5 | 0 | 0,4 | 1 | 1 | 1,9 | 2 | 1 | 2,7 |
| Lyon | 33 | 2570 | 11150 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Marseille/APHM | 27 | 1441 | 8906 | 2 | 7 | 3,1 | 11 | 6 | 6,1 | 20 | 12 | 12 |
| Metz | 4 | 255 | 1044 | 1 | 0 | 0,5 | 4 | 1 | 4,4 | 1 | 0 | 0,14 |
| Montpellier | 16 | 509 | 2506 | 0 | 13 | 1,4 | 14 | 5 | 14,5 | 4 | 1 | 4,3 |
| Nancy | 2 | 430 | 1738 | 3 | 0 | 0,7 | 2 | 1 | 2,7 | 4 | 2 | 3,5 |
| Nantes | 12 | 970 | 5821 | 8 | 3 | 2,8 | - | - | 4,5 | - | - | 10,7 |
| Nice | 10 | 454 | 2068 | 0 | 6 | 1,5 | 13 | 1 | 12,7 | 6 | 1 | 3,9 |
| Nîmes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Orléans | 16 | 1334 | 4547 | 5 | 9 | 1,6 | 8 | 8 | 12,4 | 3 | 3 | 5,2 |
| Paris/APHP | 159 | 10210 | 49822 | 52 | 38 | 51,2 | 38 | 9 | 40,6 | 146 | 33 | 173,4 |
| Poitiers | 5 | 344 | 1214 | 0 | 11 | 1,1 | 2 | 0 | 0,4 | 3 | 2 | 4,5 |
| Reims | 6 | 240 | 1649 | - | - | - | 5 | 1 | 4,3 | 3 | 5 | 6,9 |
| Rennes | 17 | 1160 | 5481 | 4 | 4 | 0,7 | - | - | - | - | - | - |
| Rouen | 20 | 1244 | 6573 | 42 | 15 | 3,9 | 11 | 3 | 14,8 | 14 | 16 | 23,1 |
| St Etienne | 8 | 953 | 4455 | 4 | 1 | 0,8 | 1 | 2 | 2,6 | 4 | 5 | 6,2 |
| Strasbourg | 30 | 2493 | 11482 | 20 | 1 | 2,7 | 10 | 3 | 11,8 | 6 | 3 | 8,1 |
| Toulouse | 20 | 829 | 6588 | 0 | 6 | 2,3 | 6 | 4 | 6,7 | 7 | 1 | 8,7 |
| Tours | 12 | 612 | 2899 | - | - | - | 4 | 3 | 2,6 | 6 | 9 | 10,2 |

Tableau C – Capacités en lits de néonatalogie dont soins Intensifs (SI), lits de réanimation néonatale et effectifs pédiatres, puéricultrices selon les départements de France métropolitaine (source SAE 2019)

| Capacités Lits de Néonatalogie | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|------------|------------|------------|--------------|-------------|-------------|----------------|------------|---------------|------------|------------|---------------|
| Département 2019 | | | | | Séjours | | | Puéricultrices | | ETPmoy | Pédiatres | | ETPmoy |
| Code | Libellé | Neonat | Dont SI | Réa néonat | Néonat | SI | Réa | Tps pl | Tps part | Puer | Tps pl | Tps par | |
| FR | France entière | 2824 | 1223 | 726 | 114439 | 35619 | 21759 | 3261 | 2107 | 4440,01 | 1442 | 1597 | 1824,86 |
| | France métropolitaine | 2678 | 1134 | 665 | 113400 | 33438 | 20161 | 3033 | 2050 | 4164,56 | 1385 | 1545 | 1744,79 |
| | Auvergne-Rhône Alpes | 343 | 119 | 71 | 16064 | 3021 | 1924 | 364 | 233 | 490,96 | 120 | 206 | 181,02 |
| 63 | Puy-de-Dôme | 27 | 12 | 10 | 853 | 287 | 301 | 34 | 29 | 55,45 | 10 | 8 | 13,03 |
| 01 | Ain | 9 | 6 | 0 | 310 | 191 | 0 | 7 | 15 | 13,39 | 1 | 4 | 5,28 |
| 03 | Allier | 18 | 2 | 0 | 471 | 32 | 0 | 11 | 2 | 13,14 | 9 | 9 | 10,41 |
| 07 | Ardèche | 10 | 0 | 0 | 6777 | 0 | 0 | 0 | 4 | 2,77 | 6 | 3 | 5,77 |
| 15 | Cantal | 6 | 0 | 0 | 257 | 0 | 0 | 6 | 0 | 5,79 | 1 | 4 | 2,1 |
| 26 | Drôme | 24 | 6 | 0 | 897 | 174 | 0 | 35 | 10 | 38,88 | 4 | 6 | 7,29 |
| 38 | Isère | 44 | 12 | 12 | 846 | 391 | 262 | 55 | 43 | 84,4 | 11 | 46 | 28,6 |
| 42 | Loire | 44 | 12 | 10 | 1282 | 209 | 308 | 22 | 15 | 30,58 | 27 | 12 | 17,5 |
| 43 | Haute-Loire | 6 | 0 | 0 | 173 | 0 | 0 | 2 | 11 | 4,99 | 0 | 3 | 0,95 |
| 69 | Rhône | 99 | 57 | 29 | 2073 | 1360 | 772 | 136 | 68 | 165,95 | 27 | 82 | 60,8 |
| 73 | Savoie | 18 | 6 | 10 | 915 | 176 | 281 | 39 | 22 | 47,35 | 16 | 8 | 14,2 |
| 74 | Haute-Savoie | 38 | 6 | 0 | 1210 | 201 | 0 | 17 | 14 | 28,27 | 8 | 21 | 15,09 |
| | Bretagne | 141 | 52 | 30 | 5835 | 1095 | 868 | 172 | 156 | 241,7 | 65 | 68 | 72,99 |
| 22 | Côtes-d'Armor | 23 | 6 | 6 | 1021 | 95 | 247 | 69 | 41 | 49,8 | 27 | 6 | 24,66 |
| 29 | Finistère | 40 | 9 | 6 | 1397 | 290 | 221 | 18 | 27 | 41,13 | 7 | 26 | 13,01 |
| 35 | Ille-et-Vilaine | 50 | 21 | 12 | 2245 | 382 | 225 | 53 | 60 | 99,06 | 23 | 18 | 22,44 |
| 56 | Morbihan | 28 | 16 | 6 | 1172 | 328 | 175 | 32 | 28 | 51,71 | 8 | 18 | 12,88 |
| | Bourgogne-Franche-Comté | 110 | 61 | 22 | 4938 | 1441 | 564 | 155 | 96 | 221,38 | 56 | 55 | 54,61 |
| 21 | Côte-d'Or | 19 | 19 | 12 | 954 | 445 | 336 | 57 | 24 | 76,73 | 16 | 1 | 8,79 |
| 25 | Doubs | 34 | 11 | 10 | 1273 | 160 | 228 | 31 | 36 | 56,79 | 6 | 21 | 6,65 |
| 39 | Jura | 12 | 6 | 0 | 312 | 90 | 0 | 5 | 7 | 6,01 | 2 | 4 | 3,81 |
| 58 | Nièvre | 7 | 3 | 0 | 175 | 71 | 0 | 4 | 2 | 6,62 | 0 | 7 | 1,92 |
| 70 | Haute-Saône | 6 | 0 | 0 | 113 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 5 | 6 |
| 71 | Saône-et-Loire | 14 | 10 | 0 | 465 | 297 | 0 | 30 | 8 | 33,79 | 11 | 7 | 8,56 |
| 89 | Yonne | 12 | 6 | 0 | 586 | 123 | 0 | 16 | 9 | 21 | 8 | 2 | 7,54 |
| 90 | Territoire de Belfort | 6 | 6 | 0 | 1060 | 255 | 0 | 12 | 10 | 20,44 | 9 | 8 | 11,34 |
| | Centre-Val de Loire | 103 | 33 | 30 | 3563 | 1133 | 591 | 69 | 60 | 104,91 | 73 | 91 | 88,27 |
| 18 | Cher | 9 | 3 | 0 | 278 | 141 | 0 | 6 | 5 | 7,52 | 3 | 8 | 4,67 |
| 28 | Eure-et-Loir | 20 | 6 | 0 | 667 | 225 | 0 | 10 | 4 | 12,05 | 8 | 12 | 5,78 |
| 36 | Indre | 6 | 0 | 0 | 218 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 | 0 | 1,5 |
| 37 | Indre-et-Loire | 24 | 9 | 16 | 1114 | 210 | 390 | 14 | 16 | 25,96 | 46 | 31 | 53,06 |
| 41 | Loir-et-Cher | 12 | 3 | 0 | 184 | 55 | 0 | 2 | 27 | 11,15 | 7 | 9 | 9,77 |
| 45 | Loiret | 32 | 12 | 14 | 1102 | 502 | 201 | 36 | 8 | 47,23 | 6 | 31 | 13,49 |
| | Grand Est | 202 | 121 | 66 | 8842 | 3693 | 1688 | 278 | 220 | 412,02 | 136 | 114 | 138,17 |
| 08 | Ardennes | 10 | 6 | 0 | 435 | 133 | 0 | 8 | 7 | 11,75 | 8 | 0 | 8 |
| 10 | Aube | 6 | 3 | 6 | 828 | 194 | 162 | 14 | 9 | 21,35 | 3 | 8 | 9,66 |
| 51 | Marne | 24 | 17 | 18 | 880 | 600 | 467 | 17 | 11 | 23,68 | 23 | 10 | 18,61 |
| 52 | Haute-Marne | 10 | 6 | 0 | 376 | 90 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2 | 2,22 |
| 54 | Meurthe-et-Moselle | 24 | 24 | 20 | 1461 | 651 | 449 | 61 | 27 | 73,6 | 19 | 8 | 18,9 |
| 55 | Meuse | 4 | 0 | 0 | 180 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1,66 | 0 | 7 | 2,51 |
| 57 | Moselle | 41 | 25 | 0 | 1294 | 1009 | 0 | 47 | 46 | 82,19 | 24 | 6 | 20,5 |
| 67 | Bas-Rhin | 41 | 22 | 16 | 1803 | 622 | 371 | 57 | 87 | 109 | 23 | 38 | 26,9 |
| 68 | Haut-Rhin | 30 | 15 | 6 | 1170 | 317 | 239 | 71 | 10 | 75,52 | 22 | 24 | 16,49 |
| 88 | Vosges | 12 | 3 | 0 | 415 | 77 | 0 | 1 | 23 | 13,27 | 11 | 11 | 14,38 |
| | Hauts de France | 276 | 131 | 67 | 13204 | 4074 | 1947 | 337 | 381 | 558,75 | 154 | 117 | 171,24 |
| 02 | Aisne | 27 | 10 | 0 | 953 | 467 | 0 | 24 | 10 | 29,93 | 14 | 17 | 21,14 |
| 59 | Nord | 129 | 48 | 26 | 7229 | 1377 | 786 | 186 | 174 | 297,55 | 84 | 36 | 75,96 |
| 60 | Oise | 32 | 18 | 4 | 1043 | 531 | 150 | 16 | 32 | 41,92 | 12 | 10 | 13,42 |
| 62 | Pas-de-Calais | 60 | 40 | 27 | 2704 | 1214 | 784 | 85 | 150 | 154,77 | 36 | 34 | 45,64 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-------------------------|-----|-----|-----|-------|------|------|-----|-----|--------|-----|-----|--------|
| 80 | Somme | 28 | 15 | 10 | 1275 | 485 | 227 | 26 | 15 | 34,58 | 8 | 20 | 15,08 |
| Île-de-France | | 660 | 276 | 179 | 27077 | 8306 | 5882 | 641 | 159 | 726,99 | 342 | 273 | 445,48 |
| 75 | Paris | 154 | 82 | 58 | 6424 | 2230 | 2054 | 226 | 29 | 245,32 | 75 | 55 | 100,72 |
| 77 | Seine-et-Marne | 49 | 20 | 8 | 2014 | 1020 | 258 | 19 | 12 | 27,47 | 55 | 34 | 68,34 |
| 78 | Yvelines | 64 | 21 | 12 | 1876 | 549 | 664 | 50 | 21 | 66,31 | 36 | 14 | 36,87 |
| 91 | Essonne | 63 | 19 | 16 | 2910 | 477 | 389 | 43 | 16 | 55,53 | 39 | 27 | 37,77 |
| 92 | Hauts-de-Seine | 77 | 36 | 26 | 3948 | 1064 | 861 | 98 | 25 | 114,04 | 45 | 48 | 73,22 |
| 93 | Seine-Saint-Denis | 85 | 49 | 27 | 3293 | 1499 | 747 | 49 | 5 | 45,86 | 23 | 28 | 36,26 |
| 94 | Val-de-Marne | 103 | 26 | 18 | 4177 | 766 | 584 | 98 | 9 | 101,35 | 47 | 33 | 57,89 |
| 95 | Val-d'Oise | 65 | 23 | 14 | 2435 | 701 | 325 | 58 | 42 | 71,11 | 22 | 34 | 34,41 |
| Normandie | | 128 | 58 | 34 | 5782 | 1718 | 929 | 102 | 121 | 185,91 | 80 | 64 | 97,8 |
| 14 | Calvados | 30 | 13 | 14 | 1507 | 364 | 358 | 34 | 45 | 70,98 | 15 | 11 | 14,45 |
| 27 | Eure | 0 | 10 | 0 | 0 | 361 | 0 | 3 | 1 | 3,53 | 7 | 11 | 12,26 |
| 50 | Manche | 19 | 9 | 6 | 842 | 294 | 200 | 19 | 16 | 26,59 | 9 | 7 | 13,86 |
| 61 | Orne | 13 | 0 | 0 | 367 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1,88 | 8 | 6 | 9,31 |
| 76 | Seine-Maritime | 66 | 26 | 14 | 3066 | 699 | 371 | 45 | 58 | 82,93 | 41 | 29 | 47,92 |
| Nouvelle-Aquitaine | | 201 | 92 | 50 | 6393 | 2512 | 1938 | 242 | 158 | 334,87 | 86 | 118 | 107,63 |
| 33 | Gironde | 73 | 40 | 18 | 1323 | 808 | 1026 | 125 | 61 | 172,17 | 33 | 28 | 35,23 |
| 16 | Charente | 7 | 6 | 0 | 718 | 121 | 0 | 7 | 2 | 6,83 | 4 | 6 | 6,56 |
| 17 | Charente-Maritime | 25 | 7 | 0 | 923 | 302 | 0 | 19 | 25 | 25,72 | 9 | 9 | 11,15 |
| 19 | Corrèze | 10 | 0 | 0 | 210 | 0 | 0 | 1 | 9 | 2,13 | 6 | 1 | 1,92 |
| 24 | Dordogne | 9 | 3 | 0 | 272 | 117 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 | 7 | 5,93 |
| 40 | Landes | 10 | 3 | 0 | 645 | 107 | 0 | 4 | 8 | 10,47 | 0 | 12 | 6,03 |
| 47 | Lot-et-Garonne | 9 | 3 | 0 | 188 | 175 | 0 | 24 | 13 | 31,54 | 7 | 11 | 13 |
| 64 | Pyrénées-Atlantiques | 18 | 7 | 12 | 626 | 243 | 371 | 23 | 18 | 33,02 | 4 | 13 | 6,79 |
| 79 | Deux-Sèvres | 14 | 4 | 0 | 468 | 149 | 0 | 11 | 6 | 15,51 | 3 | 0 | 2,18 |
| 86 | Vienne | 13 | 9 | 12 | 597 | 252 | 370 | 10 | 7 | 10,83 | 3 | 30 | 9,23 |
| 87 | Haute-Vienne | 13 | 10 | 8 | 423 | 238 | 171 | 17 | 9 | 25,65 | 14 | 1 | 9,61 |
| Occitanie | | 202 | 64 | 40 | 7343 | 1911 | 1337 | 329 | 158 | 371,64 | 138 | 150 | 180,93 |
| 09 | Ariège | 4 | 0 | 0 | 228 | 0 | 0 | 0 | 10 | 4,1 | 5 | 4 | 7,12 |
| 11 | Aude | 6 | 0 | 0 | 321 | 0 | 0 | 12 | 2 | 12,22 | 6 | 9 | 6,79 |
| 12 | Aveyron | 10 | 2 | 0 | 281 | 106 | 0 | 5 | 8 | 10,81 | 8 | 15 | 12,11 |
| 30 | Gard | 33 | 9 | 6 | 1061 | 44 | 278 | 49 | 25 | 60,75 | 29 | 29 | 32,56 |
| 31 | Haute-Garonne | 46 | 27 | 14 | 1798 | 872 | 455 | 102 | 55 | 125,65 | 35 | 18 | 40,67 |
| 32 | Gers | 4 | 0 | 0 | 114 | 0 | 0 | 4 | 1 | 4,8 | 0 | 1 | 0,25 |
| 34 | Hérault | 44 | 18 | 14 | 2081 | 647 | 423 | 105 | 24 | 108,66 | 15 | 47 | 33,36 |
| 46 | Lot | 4 | 0 | 0 | 113 | 0 | 0 | 4 | 1 | 5,33 | 1 | 1 | 0,4 |
| 48 | Lozère | 4 | 0 | 0 | 101 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 65 | Hautes-Pyrénées | 6 | 3 | 0 | 151 | 51 | 0 | 5 | 2 | 6,02 | 9 | 3 | 10,7 |
| 66 | Pyrénées-Orientales | 17 | 5 | 6 | 517 | 168 | 181 | 21 | 15 | 30,5 | 18 | 9 | 23,94 |
| 81 | Tarn | 12 | 0 | 0 | 344 | 0 | 0 | 20 | 14 | 19,49? | 7 | 10 | 7,03 |
| 82 | Tarn-et-Garonne | 12 | 0 | 0 | 233 | 23 | 0 | 2 | 1 | 2,8 | 5 | 4 | 6 |
| Pays de la Loire | | 127 | 54 | 41 | 4675 | 1768 | 982 | 127 | 198 | 235,26 | 61 | 77 | 64 |
| 44 | Loire-Atlantique | 42 | 25 | 18 | 1758 | 937 | 415 | 60 | 109 | 110,5 | 29 | 28 | 29,94 |
| 49 | Maine-et-Loire | 39 | 11 | 15 | 1338 | 260 | 386 | 26 | 50 | 58,5 | 24 | 22 | 16,35 |
| 53 | Mayenne | 9 | 3 | 0 | 322 | 60 | 0 | 16 | 8 | 20,52 | 1 | 4 | 2,61 |
| 72 | Sarthe | 25 | 9 | 8 | 792 | 276 | 181 | 18 | 22 | 33,51 | 3 | 12 | 7,98 |
| 85 | Vendée | 12 | 6 | 0 | 465 | 235 | 0 | 7 | 9 | 12,23 | 4 | 11 | 7,12 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | | 185 | 73 | 35 | 9684 | 2766 | 1511 | 217 | 110 | 280,17 | 74 | 212 | 142,65 |
| 13 | Bouches-du-Rhône | 94 | 46 | 27 | 5885 | 1687 | 1158 | 130 | 62 | 167,37 | 28 | 84 | 60,25 |
| 04 | Alpes-de-Haute-Provence | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 3 | 4,66 | 2 | 2 | 0,77 |
| 05 | Hautes-Alpes | 4 | 0 | 0 | 200 | 0 | 0 | 0 | 10 | 6,8 | 0 | 5 | 1,93 |
| 06 | Alpes-Maritimes | 47 | 12 | 8 | 1443 | 390 | 353 | 40 | 15 | 47,42 | 15 | 64 | 27,93 |
| 83 | Var | 14 | 9 | 0 | 1169 | 442 | 0 | 8 | 5 | 8,06 | 22 | 38 | 37,13 |
| 84 | Vaucluse | 26 | 6 | 0 | 987 | 247 | 0 | 35 | 15 | 45,86 | 7 | 19 | 14,64 |

Tableau D – Effectifs de puéricultrices selon leur mode d'exercice, leur densité pour la population référente de la région et des départements en 2018 (source SAE et Insee)

| Départements régions 2018 | | Modes d'exercice | | | Total | Pop.<15 ans | Taux/ 1 000 | Pop. <5ans | Taux/ 1 000 |
|---------------------------------|-----------------------|------------------|---------------------|----------------|-------|-------------|-------------|------------|-------------|
| Code | Puéricultrices | Libéral | Salarié hospitalier | Autres salarié | | | | | |
| Effectifs France métropolitaine | | 940 | 13291 | 6559 | 20790 | 11601429 | 1,8 | 3638757 | 5,7 |
| Auvergne-Rhône Alpes | | 130 | 1830 | 848 | 2808 | 1457637 | 1,9 | 458737 | 6,1 |
| 01 | Ain | 5 | 52 | 37 | 94 | 128484 | 0,7 | 39003 | 2,4 |
| 03 | Allier | 5 | 54 | 27 | 86 | 50975 | 1,7 | 15133 | 5,7 |
| 07 | Ardeche | 3 | 36 | 14 | 53 | 54184 | 1,0 | 15642 | 3,4 |
| 15 | Cantal | 1 | 10 | 19 | 30 | 20209 | 1,5 | 5742 | 5,2 |
| 26 | Drôme | 13 | 137 | 43 | 193 | 95222 | 2,0 | 28960 | 6,7 |
| 38 | Isère | 30 | 330 | 137 | 497 | 240410 | 2,1 | 74204 | 6,7 |
| 42 | Loire | 10 | 151 | 82 | 243 | 139385 | 1,7 | 43484 | 5,6 |
| 43 | Haute-Loire | 3 | 19 | 12 | 34 | 37963 | 0,9 | 10890 | 3,1 |
| 63 | Puy-de-Dôme | 10 | 185 | 74 | 269 | 106815 | 2,5 | 32901 | 8,2 |
| 69 | Rhône | 35 | 585 | 303 | 923 | 352576 | 2,6 | 119709 | 7,7 |
| 73 | Savoie | 7 | 123 | 45 | 175 | 74597 | 2,3 | 22771 | 7,7 |
| 74 | Haute-Savoie | 8 | 148 | 55 | 211 | 156817 | 1,3 | 50298 | 4,2 |
| Bretagne | | 42 | 729 | 326 | 1097 | 578100 | 1,9 | 170086 | 6,4 |
| 22 | Côtes-d'Armor | 11 | 112 | 48 | 171 | 100119 | 1,7 | 28317 | 6,0 |
| 29 | Finistère | 10 | 143 | 78 | 231 | 150385 | 1,5 | 43994 | 5,3 |
| 35 | Ille-et-Vilaine | 12 | 298 | 136 | 446 | 201202 | 2,2 | 61274 | 7,3 |
| 56 | Morbihan | 9 | 176 | 64 | 249 | 126394 | 2,0 | 36501 | 6,8 |
| Bourgogne-Franche-Comté | | 25 | 426 | 201 | 652 | 475581 | 1,4 | 143364 | 4,5 |
| 21 | Côte-d'Or | 4 | 119 | 27 | 150 | 87984 | 1,7 | 27180 | 5,5 |
| 25 | Doubs | 4 | 114 | 48 | 166 | 99563 | 1,7 | 31243 | 5,3 |
| 39 | Jura | 1 | 22 | 33 | 56 | 44527 | 1,3 | 13056 | 4,3 |
| 58 | Nièvre | 2 | 19 | 19 | 40 | 29363 | 1,4 | 8490 | 4,7 |
| 70 | Haute-Saône | 1 | 10 | 13 | 24 | 40703 | 0,6 | 11803 | 2,0 |
| 71 | Saône-et-Loire | 5 | 55 | 37 | 97 | 90214 | 1,1 | 26706 | 3,6 |
| 89 | Yonne | 5 | 51 | 19 | 75 | 57875 | 1,3 | 17175 | 4,4 |
| 90 | Territoire de Belfort | 3 | 36 | 5 | 44 | 25352 | 1,7 | 7711 | 5,7 |
| Centre-Val de Loire | | 12 | 404 | 223 | 639 | 455309 | 1,4 | 137818 | 4,6 |
| 18 | Cher | 0 | 31 | 22 | 53 | 47933 | 1,1 | 14491 | 3,7 |
| 28 | Eure-et-Loir | 3 | 41 | 36 | 80 | 83519 | 1,0 | 25390 | 3,2 |
| 36 | Indre | 1 | 5 | 10 | 16 | 32761 | 0,5 | 9372 | 1,7 |
| 37 | Indre-et-Loire | 2 | 127 | 61 | 190 | 104426 | 1,8 | 32079 | 5,9 |
| 41 | Loir-et-Cher | 2 | 51 | 25 | 78 | 56417 | 1,4 | 16242 | 4,8 |
| 45 | Loiret | 4 | 149 | 69 | 222 | 130253 | 1,7 | 40244 | 5,5 |
| Grand Est | | 78 | 1471 | 553 | 2102 | 949901 | 2,2 | 295149 | 7,1 |
| 08 | Ardennes | 3 | 50 | 21 | 74 | 47399 | 1,6 | 14098 | 5,2 |
| 10 | Aube | 2 | 50 | 22 | 74 | 56377 | 1,3 | 16827 | 4,4 |
| 51 | Marne | 4 | 142 | 56 | 202 | 101261 | 2,0 | 32055 | 6,3 |
| 52 | Haute-Marne | 1 | 24 | 2 | 27 | 27632 | 1,0 | 8355 | 3,2 |
| 54 | Meurthe-et-Moselle | 16 | 267 | 80 | 363 | 124695 | 2,9 | 38975 | 9,3 |
| 55 | Meuse | 4 | 19 | 19 | 42 | 31543 | 1,3 | 9401 | 4,5 |
| 57 | Moselle | 13 | 238 | 135 | 386 | 175173 | 2,2 | 54927 | 7,0 |
| 67 | Bas-Rhin | 21 | 396 | 151 | 568 | 190957 | 3,0 | 61016 | 9,3 |
| 68 | Haut-Rhin | 10 | 222 | 53 | 285 | 135715 | 2,1 | 42285 | 6,7 |
| 88 | Vosges | 4 | 63 | 14 | 81 | 59149 | 1,4 | 17210 | 4,7 |
| Hauts de France | | 81 | 1454 | 637 | 2172 | 1161254 | 1,9 | 363105 | 6,0 |
| 02 | Aisne | 7 | 79 | 58 | 144 | 100906 | 1,4 | 30468 | 4,7 |
| 59 | Nord | 44 | 913 | 305 | 1262 | 509649 | 2,5 | 163383 | 7,7 |
| 60 | Oise | 3 | 82 | 54 | 139 | 165642 | 0,8 | 51491 | 2,7 |
| 62 | Pas-de-Calais | 23 | 263 | 150 | 436 | 283216 | 1,5 | 86739 | 5,0 |
| 80 | Somme | 4 | 117 | 70 | 191 | 101841 | 1,9 | 31024 | 6,2 |

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|-------------------------|-----|------|------|------|---------|-----|--------|------|
| Île-de-France | | 67 | 1965 | 1329 | 3361 | 2390440 | 1,4 | 809755 | 4,2 |
| 75 | Paris | 22 | 861 | 280 | 1163 | 302968 | 3,8 | 107505 | 10,8 |
| 77 | Seine-et-Marne | 4 | 62 | 162 | 228 | 298073 | 0,8 | 94038 | 2,4 |
| 78 | Yvelines | 8 | 207 | 163 | 378 | 294310 | 1,3 | 93343 | 4,0 |
| 91 | Essonne | 4 | 140 | 161 | 305 | 272133 | 1,1 | 90643 | 3,4 |
| 92 | Hauts de Seine | 6 | 269 | 215 | 490 | 305793 | 1,6 | 105788 | 4,6 |
| 93 | Seine St Denis | 7 | 111 | 130 | 248 | 371985 | 0,7 | 132361 | 1,9 |
| 94 | Val de Marne | 7 | 197 | 138 | 342 | 273148 | 1,3 | 94704 | 3,6 |
| 95 | Val-d'Oise | 9 | 118 | 80 | 207 | 272030 | 0,8 | 91373 | 2,3 |
| Normandie | | 35 | 673 | 298 | 1006 | 592338 | 1,7 | 177898 | 5,7 |
| 14 | Calvados | 5 | 172 | 102 | 279 | 118541 | 2,4 | 34488 | 8,1 |
| 27 | Eure | 0 | 20 | 8 | 28 | 117986 | 0,2 | 34910 | 0,8 |
| 50 | Manche | 8 | 85 | 39 | 132 | 81251 | 1,6 | 23635 | 5,6 |
| 61 | Orne | 3 | 31 | 18 | 52 | 46315 | 1,1 | 13104 | 4,0 |
| 76 | Seine-Maritime | 19 | 365 | 131 | 515 | 228245 | 2,3 | 71761 | 7,2 |
| Nouvelle-Aquitaine | | 84 | 1168 | 584 | 1836 | 959383 | 1,9 | 285420 | 6,4 |
| 16 | Charente | 1 | 26 | 24 | 51 | 54582 | 0,9 | 15967 | 3,2 |
| 17 | Charente-Maritime | 8 | 61 | 54 | 123 | 97428 | 1,3 | 27839 | 4,4 |
| 19 | Corrèze | 2 | 47 | 21 | 70 | 35679 | 2,0 | 10216 | 6,9 |
| 23 | Creuse | 1 | 10 | 0 | 11 | 15843 | 0,7 | 4400 | 2,5 |
| 24 | Dordogne | 3 | 48 | 52 | 103 | 58665 | 1,8 | 16468 | 6,3 |
| 33 | Gironde | 40 | 538 | 181 | 759 | 273762 | 2,8 | 85121 | 8,9 |
| 40 | Landes | 5 | 66 | 31 | 102 | 65254 | 1,6 | 18881 | 5,4 |
| 47 | Lot-et-Garonne | 5 | 51 | 15 | 71 | 53623 | 1,3 | 15819 | 4,5 |
| 64 | Pyrénées-Atlantiques | 12 | 102 | 96 | 210 | 107441 | 2,0 | 32093 | 6,5 |
| 79 | Deux-Sèvres | 4 | 50 | 35 | 89 | 65732 | 1,4 | 18805 | 4,7 |
| 86 | Vienne | 1 | 66 | 27 | 94 | 73386 | 1,3 | 22191 | 4,2 |
| 87 | Haute-Vienne | 2 | 103 | 48 | 153 | 57988 | 2,6 | 17620 | 8,7 |
| Occitanie | | 204 | 1433 | 766 | 2403 | 978987 | 2,5 | 300332 | 8,0 |
| 09 | Ariège | 1 | 19 | 15 | 35 | 23743 | 1,5 | 6895 | 5,1 |
| 11 | Aude | 5 | 28 | 34 | 67 | 60061 | 1,1 | 17257 | 3,9 |
| 12 | Aveyron | 11 | 35 | 64 | 110 | 42589 | 2,6 | 12421 | 8,9 |
| 30 | Gard | 26 | 130 | 69 | 225 | 128621 | 1,7 | 39111 | 5,8 |
| 31 | Haute-Garonne | 49 | 481 | 234 | 764 | 242037 | 3,2 | 79152 | 9,7 |
| 32 | Gers | 8 | 15 | 20 | 43 | 28827 | 1,5 | 8141 | 5,3 |
| 34 | Hérault | 60 | 494 | 157 | 711 | 194101 | 3,7 | 61431 | 11,6 |
| 46 | Lot | 2 | 20 | 19 | 41 | 24239 | 1,7 | 6703 | 6,1 |
| 48 | Lozère | 0 | 13 | 11 | 24 | 11712 | 2,0 | 3298 | 7,3 |
| 65 | Hautes-Pyrénées | 6 | 55 | 21 | 82 | 33155 | 2,5 | 9692 | 8,5 |
| 66 | Pyrénées-Orientales | 13 | 74 | 51 | 138 | 77370 | 1,8 | 23564 | 5,9 |
| 81 | Tarn | 15 | 49 | 54 | 118 | 63993 | 1,8 | 18556 | 6,4 |
| 82 | Tarn-et-Garonne | 8 | 20 | 17 | 45 | 48539 | 0,9 | 14111 | 3,2 |
| Pays de la Loire | | 39 | 867 | 325 | 1231 | 701809 | 1,8 | 209432 | 5,9 |
| 44 | Loire-Atlantique | 26 | 412 | 149 | 587 | 268951 | 2,2 | 83796 | 7,0 |
| 49 | Maine-et-Loire | 8 | 271 | 79 | 358 | 151798 | 2,4 | 43569 | 8,2 |
| 53 | Mayenne | 1 | 44 | 31 | 76 | 57856 | 1,3 | 16725 | 4,5 |
| 72 | Sarthe | 0 | 91 | 26 | 117 | 103565 | 1,1 | 31017 | 3,8 |
| 85 | Vendée | 4 | 49 | 40 | 93 | 119639 | 0,8 | 34325 | 2,7 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | | 139 | 847 | 457 | 1443 | 849395 | 1,7 | 271953 | 5,3 |
| 04 | Alpes-de-Haute-Provence | 5 | 16 | 5 | 26 | 26079 | 1,0 | 7748 | 3,4 |
| 05 | Hautes-Alpes | 4 | 27 | 12 | 43 | 23310 | 1,8 | 6856 | 6,3 |
| 06 | Alpes-Maritimes | 19 | 105 | 95 | 219 | 170894 | 1,3 | 55101 | 4,0 |
| 13 | Bouches-du-Rhône | 66 | 442 | 192 | 700 | 360334 | 1,9 | 118793 | 5,9 |
| 83 | Var | 36 | 119 | 84 | 239 | 167741 | 1,4 | 51965 | 4,6 |
| 84 | Vaucluse | 9 | 138 | 69 | 216 | 101037 | 2,1 | 31490 | 6,9 |

Tableau E – Effectifs par groupe d'âge des puéricultrices (PDE) selon les régions (source Data.Drees)

| | 25-29 ans | | | 30-34 ans | | | 35-39 ans | | | 40-44 ans | | |
|-------------------------------------|-----------|------------|-------------|-----------|------------|-------------|-----------|------------|-------------|-----------|------------|-------------|
| Effectifs PDE selon âge 2018 | Lib. | Sal. Hosp. | Autres sal. |
| France métropolitaine (n=20790) | 33 | 2066 | 363 | 116 | 1920 | 365 | 162 | 2228 | 564 | 136 | 1656 | 622 |
| Auvergne-Rhône-Alpes (n=2808) | 9 | 358 | 68 | 17 | 287 | 47 | 23 | 318 | 88 | 19 | 226 | 60 |
| Bourgogne-Franche-Comté (n=652) | 0 | 42 | 13 | 2 | 53 | 12 | 4 | 70 | 13 | 3 | 72 | 19 |
| Bretagne (n=1097) | 3 | 56 | 16 | 6 | 78 | 15 | 5 | 151 | 31 | 7 | 103 | 47 |
| Centre-Val de Loire (n=639) | 1 | 70 | 8 | 0 | 80 | 17 | 3 | 69 | 16 | 2 | 51 | 23 |
| Grand Est (n=2102) | 3 | 257 | 27 | 10 | 252 | 31 | 16 | 231 | 50 | 16 | 184 | 44 |
| Hauts-de-France (n=2172) | 2 | 192 | 25 | 10 | 216 | 25 | 10 | 281 | 63 | 10 | 182 | 59 |
| Ile-de-France (n=3361) | 1 | 400 | 56 | 14 | 260 | 81 | 11 | 273 | 107 | 6 | 192 | 117 |
| Normandie (n=1006) | 0 | 64 | 15 | 3 | 86 | 9 | 4 | 112 | 13 | 6 | 74 | 19 |
| Nouvelle-Aquitaine (n=1836) | 2 | 174 | 30 | 8 | 180 | 28 | 12 | 209 | 53 | 11 | 159 | 63 |
| Occitanie (n=2403) | 8 | 214 | 50 | 18 | 206 | 55 | 38 | 229 | 71 | 34 | 189 | 95 |
| Pays de la Loire (n=1231) | 2 | 106 | 29 | 3 | 113 | 24 | 11 | 184 | 30 | 2 | 120 | 38 |
| Provence-Alpes Côte d'Azur (n=1443) | 2 | 131 | 26 | 25 | 107 | 20 | 23 | 98 | 28 | 19 | 101 | 37 |
| Total | 33 | 2064 | 363 | 116 | 1918 | 364 | 160 | 2225 | 563 | 135 | 1653 | 621 |
| Proportion/total | 11,8% | | | 11,5% | | | 14,2% | | | 11,6% | | |
| | 45-49 ans | | | 50-54 ans | | | 55-59 ans | | | ≥60ans | | |
| Effectifs PDE selon âge 2018 | Lib. | Sal. Hosp. | Autres sal. |
| France métropolitaine | 131 | 1273 | 705 | 132 | 1135 | 937 | 81 | 946 | 915 | 125 | 1867 | 2026 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 24 | 161 | 100 | 16 | 133 | 122 | 9 | 97 | 108 | 11 | 222 | 248 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 2 | 53 | 25 | 5 | 43 | 23 | 3 | 32 | 28 | 5 | 55 | 66 |
| Bretagne | 8 | 83 | 28 | 6 | 75 | 56 | 3 | 77 | 40 | 4 | 93 | 91 |
| Centre-Val de Loire | 1 | 43 | 31 | 1 | 24 | 44 | 2 | 24 | 37 | 2 | 41 | 47 |
| Grand Est | 6 | 143 | 49 | 12 | 127 | 68 | 6 | 101 | 78 | 6 | 154 | 198 |
| Hauts-de-France | 11 | 143 | 66 | 15 | 123 | 103 | 12 | 118 | 92 | 4 | 179 | 199 |
| Ile-de-France | 8 | 173 | 156 | 4 | 179 | 191 | 4 | 151 | 221 | 17 | 311 | 385 |
| Normandie | 6 | 63 | 14 | 3 | 81 | 39 | 4 | 68 | 41 | 8 | 116 | 144 |
| Nouvelle-Aquitaine | 15 | 102 | 54 | 14 | 74 | 62 | 6 | 70 | 68 | 14 | 178 | 221 |
| Occitanie | 22 | 136 | 92 | 31 | 115 | 96 | 17 | 77 | 82 | 32 | 247 | 222 |
| Pays de la Loire | 9 | 115 | 38 | 8 | 84 | 45 | 3 | 64 | 46 | 1 | 71 | 71 |
| Provence-Alpes Côte d'Azur | 19 | 56 | 52 | 17 | 73 | 87 | 12 | 64 | 72 | 20 | 196 | 128 |
| Total | 131 | 1271 | 705 | 132 | 1131 | 936 | 81 | 943 | 913 | 124 | 1863 | 2020 |
| Proportion/total | 10,1% | | | 10,6% | | | 9,3% | | | 19,3% | | |

Tableau F – Capacités en hospitalisation pédiatrique, répartition des effectifs Infirmier-e-s non spécialisés (IDE) et puéricultrices (PDE) selon les départements (Source : SAE 2019)

| | Capacités Hospitalisation Pédiatrique | Hospit. compl | Hospit. part | Infirm. non spé | | Puer | | # | IDE | PDE | Rapport |
|----|---------------------------------------|---------------|--------------|-----------------|-------------|-----------|-------------|--------|--------|--------|---------|
| | | | | Tps plein | Tps partiel | Tps plein | Tps partiel | | | | |
| | France métropolitaine | 8348 | 1411 | 4207 | 1873 | 2594 | 1661 | 61,0% | 5120 | 3440 | 40,2% |
| 01 | Ain | 36 | 6 | 10 | 6 | 6 | 15 | 28,6% | 14,88 | 13,75 | 48,0% |
| 02 | Aisne | 51 | 7 | 34 | 10 | 12 | 7 | 63,2% | 39,93 | 14,59 | 26,8% |
| 03 | Allier | 71 | 2 | 29 | 10 | 17 | 5 | 77,3% | 33,65 | 21,76 | 39,3% |
| 04 | Alpes-de-Haute-Provence | 10 | 1 | 4 | 3 | 2 | 3 | 40,0% | 4,23 | 5,23 | 55,3% |
| 05 | Hautes-Alpes | 15 | 1 | 3 | 6 | 1 | 7 | 12,5% | 7,12 | 5,02 | 41,4% |
| 06 | Alpes-Maritimes | 167 | 30 | 79 | 37 | 59 | 20 | 74,7% | 91,6 | 70,74 | 43,6% |
| 07 | Ardèche | 33 | 0 | 17 | 19 | 4 | 7 | 36,4% | 29,55 | 8,71 | 22,8% |
| 08 | Ardennes | 40 | 3 | 11 | 5 | 1 | 6 | 14,3% | 12,47 | 5,98 | 32,4% |
| 09 | Ariège | 7 | 2 | 2 | 2 | 7 | 3 | 70,0% | 5,73 | 9,23 | 61,7% |
| 10 | Aube | 31 | 4 | 13 | 0 | 6 | 1 | 85,7% | 13,12 | 5,8 | 30,7% |
| 11 | Aude | 29 | 3 | 11 | 1 | 11 | 3 | 78,6% | 10,43 | 12,41 | 54,3% |
| 12 | Aveyron | 11 | 2 | 2 | 0 | 5 | 10 | 33,3% | 2 | 7,67 | 79,3% |
| 13 | Bouches-du-Rhône | 360 | 88 | 56 | 65 | 52 | 82 | 38,8% | 87,12 | 91,99 | 51,4% |
| 14 | Calvados | 121 | 19 | 27 | 32 | 27 | 28 | 49,1% | 48,98 | 40,99 | 45,6% |
| 15 | Cantal | 16 | 0 | 4 | 2 | 2 | 0 | 100,0% | 5,48 | 2,52 | 31,5% |
| 16 | Charente | 12 | 6 | 15 | 8 | 2 | 2 | 50,0% | 20,17 | 3,42 | 14,5% |
| 17 | Charente-Maritime | 65 | 7 | 24 | 12 | 24 | 29 | 45,3% | 20,67 | 32,49 | 61,1% |
| 18 | Cher | 26 | 4 | 8 | 6 | 2 | 6 | 25,0% | 14,2 | 6,42 | 31,1% |
| 19 | Corrèze | 26 | 6 | 13 | 7 | 6 | 14 | 30,0% | 13,77 | 12,23 | 47,0% |
| 21 | Côte-d'Or | 75 | 10 | 48 | 4 | 52 | 1 | 98,1% | 35,4 | 46,73 | 56,9% |
| 22 | Côtes-d'Armor | 31 | 4 | 6 | 7 | 1 | 1 | 50,0% | 10,78 | 1,26 | 10,5% |
| 23 | Creuse | 10 | 0 | 7 | 0 | 5 | 0 | 100,0% | 6,49 | 4,99 | 43,5% |
| 24 | Dordogne | 34 | 4 | 4 | 8 | 5 | 1 | 83,3% | 11,43 | 5,36 | 31,9% |
| 25 | Doubs | 81 | 20 | 21 | 30 | 19 | 26 | 42,2% | 38,45 | 34,63 | 47,4% |
| 26 | Drôme | 62 | 7 | 8 | 5 | 5 | 10 | 33,3% | 19,65 | 24,94 | 55,9% |
| 27 | Eure | 18 | 0 | 5 | 3 | 4 | 4 | 50,0% | 7,07 | 2,89 | 29,0% |
| 28 | Eure-et-Loir | 38 | 3 | 19 | 12 | 5 | 5 | 50,0% | 24,97 | 10,45 | 29,5% |
| 29 | Finistère | 98 | 7 | 14 | 4 | 14 | 14 | 50,0% | 10,78 | 19,97 | 64,9% |
| 30 | Gard | 65 | 25 | 27 | 8 | 20 | 16 | 55,6% | 28,64 | 31,22 | 52,2% |
| 31 | Haute-Garonne | 208 | 65 | 70 | 27 | 153 | 49 | 75,7% | 87,96 | 162,06 | 64,8% |
| 32 | Gers | 14 | 0 | 3 | 2 | 3 | 3 | 50,0% | 4,4 | 8,05 | 64,7% |
| 33 | Gironde | 156 | 44 | 83 | 13 | 82 | 29 | 73,9% | 77,75 | 92,06 | 54,2% |
| 34 | Hérault | 154 | 33 | 38 | 8 | 128 | 32 | 80,0% | 130,75 | 94,31 | 41,9% |
| 35 | Ille-et-Vilaine | 113 | 10 | 48 | 24 | 61 | 75 | 44,9% | 57,95 | 108,95 | 65,3% |
| 36 | Indre | 11 | 0 | 8 | 3 | 2 | 1 | 66,7% | 9,67 | 2,85 | 22,8% |
| 37 | Indre-et-Loire | 127 | 23 | 46 | 20 | 16 | 5 | 76,2% | 43,03 | 16,04 | 27,2% |
| 38 | Isère | 136 | 26 | 28 | 25 | 77 | 48 | 61,6% | 51,44 | 107,14 | 67,6% |
| 39 | Jura | 29 | 0 | 3 | 13 | 8 | 18 | 30,8% | 10,39 | 16,99 | 62,1% |
| 40 | Landes | 33 | 3 | 3 | 6 | 11 | 7 | 61,1% | 7,7 | 17,77 | 69,8% |
| 41 | Loir-et-Cher | 20 | 4 | 2 | 22 | 2 | 22 | 8,3% | 10,71 | 11,21 | 51,1% |
| 42 | Loire | 102 | 16 | 75 | 34 | 23 | 17 | 57,5% | 81,04 | 35,75 | 30,6% |
| 43 | Haute-Loire | 17 | 0 | 1 | 3 | 0 | 10 | 0,0% | 3,39 | 4,58 | 57,5% |
| 44 | Loire-Atlantique | 139 | 31 | 76 | 56 | 63 | 51 | 55,3% | 116,51 | 96,99 | 45,4% |
| 45 | Loiret | 88 | 6 | 33 | 26 | 27 | 16 | 62,8% | 50,98 | 35,12 | 40,8% |
| 46 | Lot | 10 | 0 | 1 | 1 | 5 | 3 | 62,5% | 1,27 | 5,55 | 81,4% |
| 47 | Lot-et-Garonne | 31 | 4 | 7 | 4 | 13 | 9 | 59,1% | 7,71 | 16,53 | 68,2% |
| 48 | Lozère | 6 | 0 | 2 | 0 | 10 | 4 | 71,4% | 0,74 | 11,58 | 94,0% |
| 49 | Maine-et-Loire | 87 | 15 | 25 | 35 | 11 | 36 | 23,4% | 31,75 | 27,81 | 46,7% |
| 50 | Manche | 60 | 2 | 24 | 26 | 26 | 23 | 53,1% | 36,33 | 22,64 | 38,4% |
| 51 | Marne | 82 | 15 | 26 | 23 | 30 | 8 | 78,9% | 37,19 | 31,79 | 46,1% |
| 52 | Haute-Marne | 35 | 2 | 13 | 8 | 5 | 1 | 83,3% | 16,92 | 6,23 | 26,9% |
| 53 | Mayenne | 18 | 4 | 6 | 1 | 7 | 6 | 53,8% | 7,02 | 9,92 | 58,6% |
| 54 | Meurthe-et-Moselle | 106 | 32 | 122 | 38 | 73 | 14 | 83,9% | 136,3 | 69,99 | 33,9% |
| 55 | Meuse | 11 | 2 | 4 | 0 | 1 | 2 | 33,3% | 7,82 | 2,65 | 25,3% |

| | | | | | | | | | | | |
|----|-----------------------|-----|-----|------|-----|-----|-----|-------|--------|--------|-------|
| 56 | Morbihan | 65 | 10 | 12 | 6 | 19 | 41 | 31,7% | 15,79 | 45,89 | 74,4% |
| 57 | Moselle | 111 | 18 | 27 | 20 | 39 | 23 | 62,9% | 36,42 | 57,83 | 61,4% |
| 58 | Nièvre | 20 | 0 | 3 | 8 | 0 | 4 | 0,0% | 6,94 | 3,1 | 30,9% |
| 59 | Nord | 341 | 71 | 131 | 71 | 172 | 144 | 54,4% | 171,39 | 259,11 | 60,2% |
| 60 | Oise | 83 | 10 | 27 | 38 | 2 | 4 | 33,3% | 47,51 | 4,97 | 9,5% |
| 61 | Orne | 63 | 0 | 27 | 10 | 11 | 9 | 55,0% | 35,86 | 14,79 | 29,2% |
| 62 | Pas-de-Calais | 156 | 27 | 74 | 48 | 56 | 57 | 49,6% | 67,6 | 73 | 51,9% |
| 63 | Puy-de-Dôme | 68 | 18 | 26 | 18 | 19 | 20 | 48,7% | 31,84 | 34,28 | 51,8% |
| 64 | Pyrénées-Atlantiques | 48 | 6 | 9 | 8 | 40 | 49 | 44,9% | 12,16 | 73,28 | 85,8% |
| 65 | Hautes-Pyrénées | 18 | 6 | 5 | 1 | 14 | 8 | 63,6% | 5,8 | 19,35 | 76,9% |
| 66 | Pyrénées-Orientales | 25 | 5 | 22 | 1 | 9 | 1 | 90,0% | 20,55 | 6,78 | 24,8% |
| 67 | Bas-Rhin | 155 | 36 | 101 | 85 | 68 | 59 | 53,5% | 144,44 | 105,06 | 42,1% |
| 68 | Haut-Rhin | 106 | 18 | 43 | 12 | 45 | 5 | 90,0% | 51,28 | 41,28 | 44,6% |
| 69 | Rhône | 441 | 98 | 244 | 80 | 104 | 42 | 71,2% | 306,4 | 145,03 | 32,1% |
| 70 | Haute-Saône | 14 | 4 | 7 | 2 | 7 | 9 | 43,8% | 7,68 | 13,41 | 63,6% |
| 71 | Saône-et-Loire | 51 | 0 | 28 | 4 | 35 | 9 | 79,5% | 16,67 | 30,16 | 64,4% |
| 72 | Sarthe | 75 | 14 | 12 | 34 | 8 | 13 | 38,1% | 35,87 | 10,98 | 23,4% |
| 73 | Savoie | 50 | 6 | 7 | 16 | 9 | 24 | 27,3% | 13,34 | 25,94 | 66,0% |
| 74 | Haute-Savoie | 96 | 12 | 33 | 40 | 18 | 17 | 51,4% | 49,74 | 27,74 | 35,8% |
| 75 | Paris | 903 | 149 | 1025 | 176 | 247 | 27 | 90,1% | 997,37 | 240,47 | 19,4% |
| 76 | Seine-Maritime | 309 | 56 | 133 | 129 | 72 | 62 | 53,7% | 212,37 | 102,68 | 32,6% |
| 77 | Seine-et-Marne | 151 | 15 | 104 | 32 | 28 | 10 | 73,7% | 121,27 | 33,05 | 21,4% |
| 78 | Yvelines | 106 | 25 | 55 | 27 | 27 | 9 | 75,0% | 56,8 | 37,9 | 40,0% |
| 79 | Deux-Sèvres | 19 | 5 | 7 | 10 | 7 | 1 | 87,5% | 16,29 | 7,17 | 30,6% |
| 80 | Somme | 116 | 16 | 50 | 39 | 19 | 7 | 73,1% | 75,56 | 23,32 | 23,6% |
| 81 | Tarn | 22 | 2 | 7 | 4 | 18 | 9 | 66,7% | 8,38 | 16,56 | 66,4% |
| 82 | Tarn-et-Garonne | 15 | 2 | 6 | 3 | 6 | 4 | 60,0% | 9,21 | 8,1 | 46,8% |
| 83 | Var | 76 | 7 | 18 | 12 | 31 | 23 | 57,4% | 24,12 | 40,29 | 62,6% |
| 84 | Vaucluse | 62 | 1 | 17 | 17 | 50 | 50 | 50,0% | 11,4 | 22,3 | 66,2% |
| 85 | Vendée | 40 | 3 | 10 | 29 | 2 | 14 | 12,5% | 24,89 | 12,36 | 33,2% |
| 86 | Vienne | 38 | 3 | 17 | 8 | 6 | 4 | 60,0% | 20,79 | 6,25 | 23,1% |
| 87 | Haute-Vienne | 80 | 19 | 62 | 26 | 48 | 23 | 67,6% | 82,37 | 63,75 | 43,6% |
| 88 | Vosges | 42 | 5 | 20 | 16 | 26 | 15 | 63,4% | 29,13 | 25,99 | 47,2% |
| 89 | Yonne | 40 | 4 | 22 | 1 | 11 | 4 | 73,3% | 22,57 | 14,66 | 39,4% |
| 90 | Territoire de Belfort | 19 | 6 | 11 | 6 | 1 | 4 | 20,0% | 14,67 | 3,06 | 17,3% |
| 91 | Essonne | 90 | 15 | 50 | 15 | 18 | 7 | 72,0% | 57,34 | 20,08 | 25,9% |
| 92 | Hauts-de-Seine | 215 | 25 | 171 | 48 | 45 | 18 | 71,4% | 215,92 | 145,5 | 40,3% |
| 93 | Seine-Saint-Denis | 128 | 19 | 129 | 6 | 17 | 4 | 81,0% | 125,72 | 19,23 | 13,3% |
| 94 | Val-de-Marne | 312 | 51 | 135 | 14 | 21 | 5 | 80,8% | 145,57 | 24,93 | 14,6% |
| 95 | Val-d'Oise | 147 | 16 | 52 | 23 | 6 | 8 | 42,9% | 75,66 | 12,17 | 13,9% |

Tableau G - Taux de réalisation de la visite médicale de la 6ème année par les médecins de l'Education nationale

| France métropolitaine | | | | | | |
|--------------------------------------|------------|-----------|---------------------|-----------|-------|-----------------|
| Source Rapport Cour des Comptes 2020 | | | | | | |
| Académies | 2013-2014 | | | 2018-2019 | | |
| | Public (%) | Privé (%) | Non différencié (%) | Public | Privé | Non différencié |
| /Départements | | | | | | |
| Moyenne nationale* | 25,8 | 17,4 | 29,5 | 19,7 | 4,0 | 18,6 |
| Aix-Marseille | 45,7 | 46,0 | | 32,5 | 1,8 | |
| Alpes-de-Haute-Provence | 69,8 | 61,7 | | 85,3 | 52,8 | |
| Bouches-du-Rhône | 37,8 | 53,7 | | 36,8 | 0,5 | |
| Hautes-Alpes | 81,7 | 38,2 | | 31,5 | 0,0 | |
| Vaucluse | 59,1 | 15,6 | | 3,9 | 0,0 | |
| Amiens | 34,2 | 0,0 | | 12,2 | 0,0 | |
| Aisne | 49,4 | 0,0 | | 14,6 | 0,0 | |
| Oise | 8,8 | 0,0 | | 2,8 | 0,0 | |
| Somme | 63,0 | 0,0 | | 26,7 | 0,0 | |
| Besançon | ND | ND | 16,9 | 18,5 | 0,0 | |
| Doubs | ND | ND | 10,9 | 16,1 | 0,0 | |
| Haute-Saône | ND | ND | 28,8 | 34,4 | 0,0 | |
| Jura | ND | ND | 15,6 | 16 | 0 | |
| Territoire de Belfort | ND | ND | 23,8 | 6,6 | 0 | |
| Bordeaux | ND | ND | 23,4 | ND | ND | 20,8 |
| Dordogne | ND | ND | | ND | ND | 1,80 |
| Gironde | ND | ND | | ND | ND | 11,9 |
| Landes | ND | ND | | ND | ND | 27,0 |
| Lot-et-Garonne | ND | ND | | ND | ND | 20,5 |
| Pyrénées-Atlantiques | ND | ND | | ND | ND | 48,2 |
| Caen | ND | ND | 22,4 | 32,6 | 0,0 | |
| Calvados | ND | ND | | 38,1 | 0,0 | |
| Manche | ND | ND | | 13,1 | 0,0 | |
| Orne | ND | ND | | 51,5 | 0,0 | |
| Clermont-Ferrand | ND | ND | 49,2 | 27,0 | 0,5 | |
| Allier | ND | ND | 100 | 43,4 | 3,5 | |
| Cantal | ND | ND | 21,8 | 27,0 | 0,0 | |
| Haute-Loire | ND | ND | 5,5 | 11,1 | 0,0 | |
| Puy-de-Dôme | ND | ND | 44,6 | 23,2 | 0,0 | |
| Créteil | 8,8 | 0,0 | | 4,4 | 0,0 | |
| Seine-et-Marne | 7,6 | 0,0 | | 4,2 | 0,0 | |
| Seine-Saint-Denis | 13,0 | 0,0 | | 5,0 | 0,0 | |
| Val-de-Marne | 4,6 | 0,0 | | 3,7 | 0,0 | |
| Dijon | 28,9 | 0,0 | | 40,0 | 0,0 | |
| Côte-d'Or | 34,4 | 0,0 | | 34,5 | 0,0 | |
| Nièvre | 17,7 | 0,0 | | 21,0 | 0,0 | |
| Saône-et-Loire | 30,6 | 0,0 | | 62,2 | 0,0 | |
| Yonne | 24,4 | 0,0 | | 24,4 | 0,0 | |
| Grenoble | 29,2 | 0,0 | | 24,0 | 0,0 | |
| Ardèche | 19,2 | 0,0 | | 10,5 | 0,0 | |
| Drôme | 52,2 | 0,0 | | 9,6 | 0,0 | |
| Haute-Savoie | 15,0 | 0,0 | | 13,2 | 0,0 | |
| Isère | 32,7 | 0,0 | | 41,7 | 0,0 | |
| Savoie | 24,4 | 0,0 | | 19,8 | 0,0 | |
| Lille | 43,5 | 40,1 | | 23,9 | 11,5 | |
| Nord | 43 | 44,7 | | 28,3 | 12,9 | |
| Pas-de-Calais | 44,4 | 25 | | 16,6 | 7,1 | |
| Limoges | ND | ND | 13,3 | 7,2 | 0,0 | |
| Corrèze | ND | ND | 7,6 | 2,0 | 0,0 | |
| Creuse | ND | ND | 14,4 | 7,4 | 0,0 | |
| Haute-Vienne | ND | ND | 16,6 | 10,1 | 0,0 | |
| Lyon | 41 | 45,5 | | 30,0 | 6,7 | |
| Ain | 18,7 | 0,0 | | 6,9 | 0,0 | |
| Loire | 29,2 | 33,2 | | 18,6 | 20,7 | |
| Rhône | 58,8 | 62,3 | | 48,2 | 0,0 | |
| Montpellier | ND | 0 | | 10,7 | 0,0 | |
| Aude | 7,4 | NA | | 1,6 | 0,0 | |
| Gard | 28,9 | 0,0 | | 12,1 | 0,0 | |
| Hérault | ND | 0,0 | | 8,2 | 0,0 | |
| Lozère | 7,8 | 0,0 | | 0,0 | 0,0 | |

| | | | | | | |
|---------------------|------|------|--|------|------|------|
| Pyrénées-Orientales | 32,5 | 0,0 | | 22,8 | 0,0 | |
| Nancy-Metz | ND | ND | | ND | ND | 21,6 |
| Meurthe-et-Moselle | ND | ND | | ND | ND | 13,6 |
| Meuse | ND | ND | | ND | ND | 33,8 |
| Moselle | ND | ND | | ND | ND | 21,7 |
| Vosges | ND | ND | | ND | ND | 31,8 |
| Nantes | ND | ND | | ND | ND | |
| Loire-Atlantique | ND | ND | | ND | ND | 7,5 |
| Maine-et-Loire | ND | ND | | 16,2 | 4,9 | |
| Mayenne | 7,0 | 0,3 | | 7,2 | 0,0 | |
| Sarthe | 23,7 | 16,3 | | ND | ND | 12,3 |
| Vendée | 31,9 | 64,0 | | 25,8 | 21,4 | |
| Nice | 43,3 | 0,0 | | 26,5 | 0,0 | |
| Alpes-Maritimes | 39,9 | 0,0 | | 30,4 | 0,0 | |
| Var | 46,7 | 0,0 | | 22,6 | 0,0 | |
| Orléans-Tours | 21,0 | 0,0 | | 17,5 | 0,0 | |
| Cher | 55,8 | 0,0 | | 10,5 | 0,0 | |
| Eure-et-Loir | 10,4 | 0,0 | | 41,5 | 0,0 | |
| Indre | 0 | 0,0 | | 0 | 0,0 | |
| Indre-et-Loire | 49,7 | 0,0 | | 32,7 | 0,0 | |
| Loiret | 2,7 | 0,0 | | 4 | 0,0 | |
| Loir-et-Cher | 9,9 | 0,0 | | 2 | 0,0 | |
| Paris | NA | 0,0 | | NA | 0,0 | |
| Poitiers | ND | 0,0 | | 11,3 | 0,0 | |
| Charente | ND | 0,0 | | 9,5 | 0,0 | |
| Charente-Maritime | ND | 0,0 | | 10,2 | 0,0 | |
| Deux-Sèvres | ND | 0,0 | | 15,2 | 0,0 | |
| Vienne | ND | 0,0 | | 11 | 0,0 | |
| Reims | 20,8 | 0,0 | | 20,6 | 0,0 | |
| Ardennes | 20,2 | 0,0 | | 11,2 | 0,0 | |
| Aube | 47,8 | 0,0 | | 36,1 | 0,0 | |
| Haute-Marne | 23,3 | 0,0 | | 26,5 | 0,0 | |
| Marne | 4,9 | 0,0 | | 15 | 0,0 | |
| Rennes | ND | ND | | ND | ND | |
| Côtes-d'Armor | ND | ND | | ND | ND | 17,6 |
| Finistère | ND | ND | | ND | ND | 27,2 |
| Ille-et-Vilaine | 11,8 | 11,2 | | 8,8 | | |
| Morbihan | ND | ND | | ND | ND | 16,0 |
| Rouen | ND | 0,0 | | 7,1 | 0,0 | |
| Eure | ND | 0,0 | | 4,9 | 0,0 | |
| Seine-Maritime | ND | 0,0 | | 8,2 | 0,0 | |
| Strasbourg | 28,7 | 0,0 | | 17,8 | 0,0 | |
| Bas-Rhin | 29,6 | 0,0 | | 22,8 | 0,0 | |
| Haut-Rhin | 27,8 | 0,0 | | 12,2 | 0,0 | |
| Toulouse | ND | 0,0 | | 21,1 | 3,5 | |
| Ariège | 9,8 | 0,0 | | 15,9 | 0,0 | |
| Aveyron | 8,1 | 0,0 | | 12,1 | 4,6 | |
| Gers | 2,6 | 0,0 | | 1,4 | 0,0 | |
| Haute-Garonne | 20,3 | 0,0 | | 24,9 | 4,5 | |
| Hautes-Pyrénées | 13,4 | 0,0 | | 17,8 | 0 | |
| Lot-et-Garonne | 23,1 | 0,0 | | 39,6 | 29,8 | |
| Tarn | ND | 0,0 | | 24,2 | 0,0 | |
| Tarn-et-Garonne | 8,9 | 0,0 | | 10,8 | 0,0 | |
| Versailles | 11,9 | 0,0 | | 15,5 | 0,0 | |
| Essonne | 13,6 | 0,0 | | 14,3 | 0,0 | |
| Hauts-de-Seine | 19,1 | 0,0 | | 28,2 | 0,0 | |
| Val-d'Oise | 6,7 | 0,0 | | 10,1 | 0,0 | |
| Yvelines | 7,6 | 0,0 | | 9,1 | 0,0 | |

*Pondération en fonction des effectifs par département

Tableau H - Part des élèves dans leur 6ème année non examinés par un professionnel de l'Education nationale *Source Rapport Cour des Comptes 2020*

| Académies /Départements | 2013-2014 | | | 2018-2019 | | |
|----------------------------|-------------|-------------|---------------------|-------------|-------------|-----------------|
| | Public (%) | Privé (%) | Non différencié (%) | Public | Privé | Non différencié |
| Moyenne nationale* | 20,6 | 77,9 | 22,9 | 52,2 | 93,4 | 64,8 |
| Aix-Marseille | 20,1 | 54 | | 61,5 | 98,2 | |
| Alpes-de-Haute-Provence | 0 | 38,3 | | 14,6 | 47,2 | |
| Bouches-du-Rhône | 21,2 | 46,3 | | 59,4 | 99,5 | |
| Hautes-Alpes | 0 | 61,8 | | 40,3 | 100 | |
| Vaucluse | 26,1 | 84,4 | | 85,7 | 100 | |
| Amiens | 12 | 100 | | 72,1 | 100 | |
| Aisne | 12,5 | 100 | | 66 | 100 | |
| Oise | 13,4 | 100 | | 78,1 | 100 | |
| Somme | 9,2 | 100 | | 67,6 | 100 | |
| Besançon | ND | ND | 4,9 | 76,7 | 100 | |
| Doubs | ND | ND | 5,7 | 81,7 | 100 | |
| Haute-Saône | ND | ND | 0 | 55,4 | | |
| Jura | ND | ND | 1,3 | 79,9 | | |
| Territoire de Belfort | ND | ND | 15,9 | 86,1 | | |
| Bordeaux | ND | ND | 20,9 | ND | ND | 73,9 |
| Dordogne | ND | ND | | ND | ND | 90 |
| Gironde | ND | ND | | ND | ND | 83,7 |
| Landes | ND | ND | | ND | ND | 67,5 |
| Lot-et-Garonne | ND | ND | | ND | ND | 65,5 |
| Pyrénées-Atlantiques | ND | ND | | ND | ND | 50,6 |
| Caen | ND | ND | 57 | 27,9 | 100 | |
| Calvados | ND | ND | | 45 | 100 | |
| Manche | ND | ND | | 7,5 | 100 | |
| Orne | ND | ND | | 13,7 | 100 | |
| Clermont-Ferrand | ND | ND | 0,8 | 13,3 | 99,5 | |
| Allier | ND | ND | 0 | 37,8 | 96,5 | |
| Cantal | ND | ND | 9,1 | 0 | 100 | |
| Haute-Loire | ND | ND | 0 | 0 | 100 | |
| Puy-de-Dôme | ND | ND | 0 | 7,4 | 100 | |
| Créteil | 7,3 | 100 | | 59,3 | 100 | |
| Seine-et-Marne | 17,4 | 100 | | 60,6 | 100 | |
| Seine-Saint-Denis | 3,9 | 100 | | 66,3 | 100 | |
| Val-de-Marne | 0 | 100 | | 48 | 100 | |
| Dijon | 14,6 | 100 | | 60 | 100 | |
| Côte-d'Or | 11,9 | 100 | | 65,5 | 100 | |
| Nièvre | 6,9 | 100 | | 79 | 100 | |
| Saône-et-Loire | 21,4 | 100 | | 37,8 | 100 | |
| Yonne | 12,7 | 100 | | 75,6 | 100 | |
| Grenoble | 10,3 | 100 | | 33,7 | 100 | |
| Ardèche | 0 | 100 | | 41 | 100 | |
| Drôme | 40,8 | 100 | | 61,8 | 100 | |
| Haute-Savoie | 0 | 100 | | 27,1 | 100 | |
| Isère | 4,7 | 100 | | 22,7 | 100 | |
| Savoie | 15,8 | 100 | | 40,9 | 100 | |
| Lille | 6,6 | 59,9 | | 3,8 | 88,5 | |
| Nord | 10,2 | 55,3 | | 5,3 | 87,1 | |
| Pas-de-Calais | 0,9 | 75 | | 1,3 | 92,9 | |
| Limoges | ND | ND | 16,4 | 92,7 | 100 | |
| Corrèze | ND | ND | 9,8 | 98 | 100 | |
| Creuse | ND | ND | 7,0 | 92 | 100 | |
| Haute-Vienne | ND | ND | 23,0 | 89,9 | 100 | |
| Lyon | 22,8 | 54,5 | | 68,1 | 93,3 | |
| Ain | 27,2 | 100 | | 91,3 | 100 | |
| Loire | 31,5 | 66,8 | | 81,4 | 79,3 | |
| Rhône | 16 | 37,7 | | 48,8 | 100 | |
| Montpellier | 75,5 | 100 | | 89,3 | 100 | |
| Aude | 92,6 | NA | | 98,4 | 100 | |
| Gard | 71,1 | 100 | | 87,9 | 100 | |
| Hérault | ND | 100 | | 91,8 | 100 | |
| Lozère | 92,2 | 100 | | | | |
| Pyrénées-Orientales | 67,5 | 100 | | | | |
| Nancy-Metz | ND | ND | 8 | ND | ND | 76,9 |
| Meurthe-et-Moselle | ND | ND | 6 | ND | ND | 86,4 |

| | | | | | | |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|
| Meuse | ND | ND | 14,2 | ND | ND | 54,8 |
| Moselle | ND | ND | 3,5 | ND | ND | 78,3 |
| Vosges | ND | ND | 22 | ND | ND | 63,5 |
| Nantes | 0,9 | 56,6 | | 32,9 | 88,6 | |
| Loire-Atlantique | ND | ND | | ND | ND | |
| Maine-et-Loire | ND | ND | | 39 | 95,1 | |
| Mayenne | 0 | 99,7 | | 0,3 | 100 | |
| Sarthe | 0 | 83,7 | | ND | ND | |
| Vendée | 2,8 | 36 | | 44 | 78,6 | |
| Nice | 55,9 | 100 | | 72,2 | 100 | |
| Alpes-Maritimes | 60,1 | 100 | | 69,6 | 100 | |
| Var | 51,7 | 100 | | 74,8 | 100 | |
| Orléans-Tours | 28,4 | 100 | | 59,8 | 100 | |
| Cher | 0 | 100 | | 52,4 | 100 | |
| Eure-et-Loir | 3,3 | 100 | | 26,6 | 100 | |
| Indre | 35,7 | 100 | | 95 | 100 | |
| Indre-et-Loire | 31,4 | 100 | | 57,5 | 100 | |
| Loiret | 57,4 | 100 | | 75 | 100 | |
| Loir-et-Cher | 16,5 | 100 | | 63,2 | 100 | |
| Paris | NA | 100 | | NA | 100 | |
| Poitiers | ND | 100 | | 88,7 | 100 | |
| Charente | ND | 100 | | 90,5 | 100 | |
| Charente-Maritime | ND | 100 | | 89,8 | 100 | |
| Deux-Sèvres | ND | 100 | | 84,8 | 100 | |
| Vienne | ND | 100 | | 89 | 100 | |
| Reims | 53,2 | 100 | | 56,1 | 100 | |
| Ardennes | 14,4 | 100 | | 69,8 | 100 | |
| Aube | 52,2 | 100 | | 55,1 | 100 | |
| Haute-Marne | 76,7 | 100 | | 65,3 | 100 | |
| Marne | 66,3 | 100 | | 47,6 | 100 | |
| Rennes | 12,7 | 27,3 | | 36,4 | 54,3 | |
| Côtes-d'Armor | ND | ND | 12,3 | ND | ND | 53,9 |
| Finistère | ND | ND | | ND | ND | 47,5 |
| Ille-et-Vilaine | 12,7 | 27,3 | | 36,4 | 54,3 | |
| Morbihan | ND | ND | 36,8 | ND | ND | 49 |
| Rouen | ND | 100 | | 92,9 | 100 | |
| Eure | ND | 100 | | 95,1 | 100 | |
| Seine-Maritime | ND | 100 | | 91,8 | 100 | |
| Strasbourg | 22 | 100 | | 5,9 | 100 | |
| Bas-Rhin | 32,9 | 100 | | 11,2 | 100 | |
| Haut-Rhin | 9,9 | 100 | | 0 | 100 | |
| Toulouse | 5,3 | 100 | | 55,5 | 96,5 | |
| Ariège | 0 | 100 | | 0 | 100 | |
| Aveyron | 2 | 100 | | 59,5 | 95,4 | |
| Gers | 3,1 | 100 | | 87,5 | 100 | |
| Haute-Garonne | 8,7 | 100 | | 56,7 | 95,5 | |
| Hautes-Pyrénées | 2,8 | 100 | | 46,2 | 100 | |
| Lot-et-Garonne | 0 | 100 | | 59,5 | 70,2 | |
| Tarn | ND | 100 | | 31,4 | 100 | |
| Tarn-et-Garonne | 0 | 100 | | 89,1 | 100 | |
| Versailles | 17,3 | 100 | | 39,1 | 100 | |
| Essonne | 0 | 100 | | 43,4 | 100 | |
| Hauts-de-Seine | 31,3 | 100 | | 34,3 | 100 | |
| Val-d'Oise | 14,2 | 100 | | 32,2 | 100 | |
| Yvelines | 22,4 | 100 | | 46,8 | 100 | |

Tableau I- Nombre et densité de sages-femmes en France métropolitaine en 2018 (source Data Drees, Insee)

| Sages-femmes (SF) | | | | | | | | |
|------------------------------|-----------------------|--------------|----------------------|-------------|-------------------------|------------------|--------------|---------------|
| Départements 2018 | | Ensemble | Libérales exclusives | Mixtes | Salariées hospitalières | Autres salariées | Densité | Naissances |
| Code | Libellé | | | | | | | |
| France métropolitaine | | 21674 | 4446 | 2218 | 13656 | 1354 | 154,1 | 714930 |
| Auvergne-Rhône Alpes | | 3099 | 700 | 354 | 1892 | 153 | 178,3 | 90297 |
| 01 | Ain | 167 | 46 | 21 | 87 | 13 | 119,9 | 7101 |
| 03 | Allier | 117 | 15 | 7 | 88 | 7 | 186,8 | 2742 |
| 07 | Ardèche | 112 | 31 | 22 | 54 | 5 | 180,5 | 2891 |
| 15 | Cantal | 41 | 7 | 3 | 28 | 3 | 160,9 | 1110 |
| 26 | Drôme | 200 | 45 | 24 | 122 | 9 | 192,5 | 5411 |
| 38 | Isère | 497 | 149 | 58 | 268 | 22 | 178,5 | 14062 |
| 42 | Loire | 312 | 42 | 44 | 216 | 10 | 199,7 | 8438 |
| 43 | Haute-Loire | 48 | 13 | 11 | 21 | 3 | 112,3 | 2060 |
| 63 | Puy-de-Dôme | 252 | 50 | 25 | 164 | 13 | 181,2 | 6555 |
| 69 | Rhône | 872 | 168 | 92 | 562 | 50 | 193,6 | 25513 |
| 73 | Savoie | 183 | 52 | 14 | 111 | 6 | 202,1 | 4509 |
| 74 | Haute-Savoie | 298 | 82 | 33 | 171 | 12 | 158,9 | 9905 |
| Bretagne | | 1118 | 258 | 77 | 731 | 52 | 165,8 | 31700 |
| 22 | Côtes-d'Armor | 170 | 34 | 15 | 112 | 9 | 155,5 | 5313 |
| 29 | Finistère | 291 | 71 | 24 | 179 | 17 | 162,4 | 8095 |
| 35 | Ille-et-Vilaine | 399 | 94 | 25 | 266 | 14 | 164,2 | 11656 |
| 56 | Morbihan | 258 | 59 | 13 | 174 | 12 | 180,7 | 6636 |
| Bourgogne-Franche-Comté | | 970 | 174 | 60 | 683 | 53 | 171,6 | 26838 |
| 21 | Côte-d'Or | 200 | 38 | 9 | 139 | 14 | 168,9 | 5191 |
| 25 | Doubs | 223 | 47 | 23 | 144 | 9 | 189,7 | 5991 |
| 39 | Jura | 87 | 12 | 7 | 61 | 7 | 172,6 | 2294 |
| 58 | Nièvre | 65 | 5 | 5 | 48 | 7 | 183,8 | 1656 |
| 70 | Haute-Saône | 52 | 16 | 2 | 32 | 2 | 115,1 | 2112 |
| 71 | Saône-et-Loire | 176 | 30 | 9 | 129 | 8 | 170,9 | 4854 |
| 89 | Yonne | 98 | 14 | 3 | 77 | 4 | 150,7 | 3216 |
| 90 | Territoire de Belfort | 69 | 12 | 2 | 53 | 2 | 227,8 | 1524 |
| Centre-Val de Loire | | 801 | 153 | 54 | 554 | 40 | 152,5 | 26092 |
| 18 | Cher | 75 | 10 | 6 | 55 | 4 | 131,3 | 2662 |
| 28 | Eure-et-Loir | 143 | 25 | 10 | 96 | 12 | 160,7 | 4730 |
| 36 | Indre | 57 | 9 | 6 | 42 | 0 | 144,5 | 1766 |
| 37 | Indre-et-Loire | 222 | 59 | 13 | 142 | 8 | 169 | 6103 |
| 41 | Loir-et-Cher | 92 | 20 | 6 | 60 | 6 | 144,4 | 3016 |
| 45 | Loiret | 212 | 30 | 13 | 159 | 10 | 146,7 | 7815 |
| Grand Est | | 2097 | 387 | 158 | 1440 | 112 | 176,7 | 55580 |
| 08 | Ardennes | 78 | 13 | 3 | 53 | 9 | 142,1 | 2464 |
| 10 | Aube | 105 | 25 | 5 | 70 | 5 | 163,8 | 3154 |
| 51 | Marne | 202 | 24 | 24 | 144 | 10 | 159,9 | 6069 |
| 52 | Haute-Marne | 62 | 11 | 3 | 46 | 2 | 189,5 | 1507 |
| 54 | Meurthe-et-Moselle | 343 | 71 | 19 | 233 | 20 | 210,1 | 7139 |
| 55 | Meuse | 56 | 8 | 2 | 40 | 6 | 153,7 | 1626 |
| 57 | Moselle | 381 | 86 | 31 | 250 | 14 | 173,4 | 10189 |
| 67 | Bas-Rhin | 479 | 77 | 44 | 343 | 15 | 187,3 | 12176 |
| 68 | Haut-Rhin | 256 | 46 | 13 | 175 | 22 | 157,1 | 8054 |
| 88 | Vosges | 135 | 26 | 14 | 86 | 9 | 191,9 | 3202 |
| Hauts de France | | 1808 | 272 | 185 | 1168 | 183 | 135,9 | 67913 |
| 02 | Aisne | 143 | 14 | 18 | 102 | 9 | 130,2 | 5571 |
| 59 | Nord | 888 | 140 | 96 | 543 | 109 | 148,2 | 31396 |
| 60 | Oise | 199 | 33 | 17 | 133 | 16 | 109,3 | 9565 |
| 62 | Pas-de-Calais | 393 | 58 | 37 | 266 | 32 | 124,9 | 15600 |
| 80 | Somme | 185 | 27 | 17 | 124 | 17 | 148,5 | 5781 |
| Île-de-France | | 3804 | 684 | 431 | 2380 | 309 | 127,2 | 174439 |
| 75 | Paris | 921 | 149 | 103 | 580 | 89 | 156,7 | 27367 |
| 77 | Seine-et-Marne | 333 | 65 | 38 | 213 | 17 | 99,6 | 18418 |
| 78 | Yvelines | 441 | 95 | 52 | 267 | 27 | 136,5 | 18548 |

| | | | | | | | | |
|----------------------------|-------------------------|------|-----|-----|------|-----|-------|-------|
| 91 | Essonne | 341 | 76 | 52 | 193 | 20 | 111,7 | 18618 |
| 92 | Hauts-de-Seine | 586 | 117 | 57 | 378 | 34 | 145,2 | 22878 |
| 93 | Seine-Saint-Denis | 478 | 68 | 51 | 303 | 56 | 119,5 | 28735 |
| 94 | Val-de-Marne | 353 | 58 | 44 | 206 | 45 | 103,6 | 20368 |
| 95 | Val-d'Oise | 351 | 56 | 34 | 240 | 21 | 119 | 19507 |
| Normandie | | 1099 | 175 | 67 | 806 | 51 | 158,3 | 34047 |
| 14 | Calvados | 257 | 48 | 14 | 184 | 11 | 174,4 | 6680 |
| 27 | Eure | 109 | 24 | 12 | 68 | 5 | 85,4 | 6434 |
| 50 | Manche | 151 | 32 | 3 | 107 | 9 | 161,4 | 4306 |
| 61 | Orne | 84 | 10 | 3 | 69 | 2 | 161,7 | 2444 |
| 76 | Seine-Maritime | 498 | 61 | 35 | 378 | 24 | 182 | 14183 |
| Nouvelle-Aquitaine | | 1848 | 436 | 169 | 1124 | 119 | 152,6 | 53678 |
| 16 | Charente | 91 | 18 | 8 | 59 | 6 | 136,6 | 2954 |
| 17 | Charente-Maritime | 189 | 41 | 16 | 116 | 16 | 156,9 | 5061 |
| 19 | Corrèze | 83 | 13 | 9 | 58 | 3 | 189,5 | 1907 |
| 23 | Creuse | 23 | 5 | 1 | 14 | 3 | 118,2 | 802 |
| 24 | Dordogne | 91 | 19 | 6 | 55 | 11 | 125,3 | 2942 |
| 33 | Gironde | 549 | 149 | 52 | 315 | 33 | 148,9 | 17115 |
| 40 | Landes | 109 | 38 | 8 | 51 | 12 | 138,5 | 3356 |
| 47 | Lot-et-Garonne | 95 | 17 | 9 | 67 | 2 | 151,5 | 2960 |
| 64 | Pyrénées-Atlantiques | 220 | 51 | 36 | 124 | 9 | 161,8 | 5839 |
| 79 | Deux-Sèvres | 99 | 31 | 6 | 50 | 12 | 136,6 | 3380 |
| 86 | Vienne | 160 | 28 | 13 | 112 | 7 | 171,6 | 4044 |
| 87 | Haute-Vienne | 139 | 26 | 5 | 103 | 5 | 182,4 | 3318 |
| Occitanie | | 1994 | 509 | 287 | 1071 | 127 | 162,2 | 58104 |
| 09 | Ariège | 56 | 10 | 3 | 38 | 5 | 201,2 | 1234 |
| 11 | Aude | 128 | 26 | 21 | 71 | 10 | 181,8 | 3228 |
| 12 | Aveyron | 108 | 25 | 11 | 68 | 4 | 217,4 | 2247 |
| 30 | Gard | 272 | 75 | 39 | 134 | 24 | 181,8 | 7585 |
| 31 | Haute-Garonne | 492 | 125 | 73 | 273 | 21 | 146,6 | 15965 |
| 32 | Gers | 38 | 11 | 5 | 20 | 2 | 112,1 | 1434 |
| 34 | Hérault | 437 | 130 | 61 | 219 | 27 | 170,4 | 12576 |
| 46 | Lot | 40 | 12 | 3 | 22 | 3 | 137,4 | 1304 |
| 48 | Lozère | 31 | 8 | 6 | 16 | 1 | 214,9 | 580 |
| 65 | Hautes-Pyrénées | 54 | 10 | 4 | 35 | 5 | 129,8 | 1802 |
| 66 | Pyrénées-Orientales | 136 | 27 | 32 | 68 | 9 | 145,3 | 4342 |
| 81 | Tarn | 129 | 38 | 12 | 69 | 10 | 170,9 | 3257 |
| 82 | Tarn-et-Garonne | 73 | 12 | 17 | 38 | 6 | 141,3 | 2550 |
| Pays de la Loire | | 1212 | 302 | 131 | 715 | 64 | 152,8 | 39737 |
| 44 | Loire-Atlantique | 474 | 123 | 58 | 257 | 36 | 151 | 16198 |
| 49 | Maine-et-Loire | 296 | 76 | 26 | 184 | 10 | 169,2 | 8775 |
| 53 | Mayenne | 82 | 17 | 3 | 57 | 5 | 136 | 3024 |
| 72 | Sarthe | 150 | 31 | 18 | 94 | 7 | 130,2 | 5635 |
| 85 | Vendée | 210 | 55 | 26 | 123 | 6 | 162,8 | 6105 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | | 1721 | 379 | 235 | 1024 | 83 | 163,5 | 56505 |
| 04 | Alpes-de-Haute-Provence | 52 | 14 | 5 | 32 | 1 | 176,4 | 1395 |
| 05 | Hautes-Alpes | 63 | 16 | 5 | 39 | 3 | 230,3 | 1235 |
| 06 | Alpes-Maritimes | 350 | 77 | 45 | 203 | 25 | 156,1 | 11631 |
| 13 | Bouches-du-Rhône | 711 | 138 | 111 | 425 | 37 | 158,2 | 25586 |
| 83 | Var | 323 | 83 | 51 | 177 | 12 | 156,7 | 10266 |
| 84 | Vaucluse | 222 | 51 | 18 | 148 | 5 | 191,6 | 6392 |

Tableau J - Nombre de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, nombre de lits, effectifs médecins, file active, disponibilité d'une équipe spécialisée dans la prise en charge des adolescents par départements en France

| Psychiatrie Infanto-juvénile | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|------------------|--------------|------|-----------|-------------|---------|-------------|--------|----------|----------------|------------------------------------|
| Départements 2019 | Nbre Secteurs IJ | Nbre de lits | | Effectifs | | | File active | | | Equipe spé Ado | Population <15 ans Source Insee |
| Source SAE 2019 | | Hosp. TP | HDJ | Tps plein | Tps partiel | ETP moy | Totale | Ambu | Hosp. TP | | |
| Auvergne-Rhône Alpes | 45 | 245 | 804 | 129 | 129 | 195,5 | 54857 | 45875 | 1452 | | 1451214 |
| 63 Puy-de-Dôme | 7 | 28 | 69 | 9 | 8 | 12,6 | 2948 | 1480 | 166 | oui | 106543 |
| 01 Ain | 1 | 11 | 14 | 5 | 7 | 9,5 | 3538 | 3222 | 123 | non | 128379 |
| 03 Allier | 3 | 19 | 50 | 6 | 4 | 8,3 | 3250 | 2991 | 92 | oui | 49874 |
| 07 Ardèche | 4 | 0 | 28 | 2 | 4 | 5 | 2445 | 2320 | 0 | non | 53361 |
| 15 Cantal | 2 | 10 | 22 | 2 | 2 | 1,4 | 1335 | 1202 | 66 | non | 19877 |
| 26 Drôme | 3 | 10 | 51 | 10 | 2 | 12,3 | 3943 | 3743 | 56 | non | 94741 |
| 38 Isère | 6 | 30 | 137 | 10 | 23 | 24,4 | 8446 | 5637 | 146 | oui | 238257 |
| 42 Loire | 4 | 18 | 75 | 20 | 7 | 15,6 | 4382 | 2889 | 205 | oui | 138694 |
| 43 Haute-Loire | 1 | 8 | 40 | 0 | 5 | 3,1 | 1317 | 1096 | 83 | oui | 37293 |
| 69 Rhône | 7 | 60 | 212 | 53 | 43 | 74,3 | 14143 | 12617 | 260 | oui | 352688 |
| 73 Savoie | 3 | 8 | 28 | 4 | 14 | 12,9 | 4708 | 4695 | 59 | oui | 73974 |
| 74 Haute-Savoie | 4 | 43 | 78 | 8 | 10 | 16,1 | 4402 | 3983 | 196 | oui | 157533 |
| Bretagne | 16 | 113 | 597 | 56 | 55 | 79,6 | 21501 | 17698 | 981 | | 571134 |
| 22 Côtes-d'Armor | 3 | 0 | 42 | 3 | 6 | 6,8 | 3622 | 3367 | 0 | oui | 98395 |
| 29 Finistère | 5 | 40 | 165 | 25 | 10 | 25,8 | 3998 | 3197 | 351 | oui | 147868 |
| 35 Ille-et-Vilaine | 5 | 53 | 213 | 15 | 28 | 28,9 | 7876 | 6059 | 421 | oui | 200367 |
| 56 Morbihan | 3 | 20 | 177 | 13 | 11 | 18,1 | 6005 | 5075 | 209 | oui | 124504 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 15 | 94 | 466 | 45 | 43 | 63 | 21767 | 16797 | 764 | | 468618 |
| 21 Côte-d'Or | 3 | 10 | 128 | 11 | 4 | 12,7 | 3318 | 2783 | 45 | oui | 86991 |
| 25 Doubs | 2 | 29 | 43 | 11 | 18 | 16,7 | 5038 | 4505 | 308 | oui | 98755 |
| 39 Jura | 2 | 11 | 62 | 2 | 0 | 2 | 1926 | 1561 | 58 | oui | 43606 |
| 58 Nièvre | 1 | 14 | 22 | 0 | 7 | 2,6 | 2287 | 1387 | 103 | oui | 28679 |
| 70 Haute-Saône | 1 | 10 | 34 | 4 | 5 | 7,8 | 1212 | 1125 | 37 | oui | 39910 |
| 71 Saône-et-Loire | 3 | 10 | 78 | 9 | 5 | 11,5 | 4497 | 2175 | 125 | oui | 88914 |
| 89 Yonne | 2 | 10 | 73 | 6 | 4 | 6,5 | 2919 | 2767 | 88 | oui | 56926 |
| 90 Territoire de Belfort | 1 | 0 | 26 | 2 | 0 | 3,2 | 570 | 494 | 0 | non | 24837 |
| Centre-Val de Loire | 17 | 66 | 380 | 41 | 24 | 49,1 | 17622 | 16046 | 645 | | 450013 |
| 18 Cher | 1 | 8 | 52 | 3 | 3 | 5,6 | 2001 | 1822 | 78 | oui | 47060 |
| 28 Eure-et-Loir | 5 | 5 | 95 | 8 | 7 | 10,8 | 3580 | 3247 | 78 | oui | 82312 |
| 36 Indre | 1 | 4 | 33 | 1 | 0 | 1 | 1649 | 1649 | 0 | non | 32046 |
| 37 Indre-et-Loire | 5 | 24 | 75 | 16 | 9 | 17,2 | 5317 | 4889 | 179 | oui | 103587 |
| 41 Loir-et-Cher | 2 | 19 | 41 | 3 | 1 | 3,7 | 2069 | 1632 | 234 | oui | 55305 |
| 45 Loiret | 3 | 6 | 84 | 10 | 4 | 10,8 | 3006 | 2807 | 76 | oui | 129703 |
| Grand Est | 30 | 142 | 803 | 106 | 56 | 124,6 | 50317 | 44597 | 1087 | | 938335 |
| 08 Ardennes | 1 | 8 | 45 | 4 | 1 | 1,9 | 1374 | 973 | 81 | oui | 46107 |
| 10 Aube | 2 | 6 | 36 | 5 | 1 | 6,2 | 2707 | 1744 | 58 | oui | 55984 |
| 51 Marne | 3 | 12 | 48 | 16 | 5 | 14,5 | 5383 | 5191 | 72 | oui | 100240 |
| 52 Haute-Marne | 1 | 5 | 71 | 2 | 6 | 3,5 | 1583 | 1305 | 79 | oui | 26877 |
| 54 Meurthe-et-Moselle | 7 | 28 | 92 | 21 | 6 | 24,1 | 9290 | 8770 | 281 | oui | 123356 |
| 55 Meuse | 3 | 8 | 58 | 2 | 0 | 2,1 | 1503 | 1486 | 41 | oui | 30828 |
| 57 Moselle | 5 | 30 | 111 | 18 | 6 | 18,7 | 8778 | 7771 | 115 | oui | 173427 |
| 67 Bas-Rhin | 4 | 21 | 178 | 30 | 17 | 34,9 | 9416 | 7691 | 166 | oui | 189470 |
| 68 Haut-Rhin | 3 | 17 | 118 | 8 | 6 | 12,3 | 5950 | 5525 | 162 | oui | 134288 |
| 88 Vosges | 1 | 7 | 46 | 0 | 8 | 6,4 | 4333 | 4141 | 32 | oui | 57758 |
| Hauts de France | 48 | 189 | 748 | 119 | 65 | 143,1 | 54656 | 50979 | 1399 | | 1145263 |
| 02 Aisne | 3 | 24 | 118 | 8 | 0 | 7 | 4327 | 3997 | 28 | non | 99230 |
| 59 Nord | 14 | 70 | 287 | 70 | 27 | 79,8 | 26130 | 24928 | 517 | oui | 503100 |
| 60 Oise | 4 | 28 | 152 | 10 | 0 | 7 | 4261 | 4073 | 83 | oui | 164059 |
| 62 Pas-de-Calais | 9 | 41 | 121 | 21 | 32 | 35,8 | 15755 | 15196 | 613 | oui | 278570 |
| 80 Somme | 18 | 26 | 70 | 10 | 6 | 13,5 | 4183 | 2785 | 158 | oui | 100304 |
| Île-de-France | 59 | 551 | 1896 | 392 | 307 | 518,8 | 110824 | 100856 | 3077 | | 2384569 |
| 75 Paris | 15 | 167 | 627 | 102 | 130 | 151,5 | 31802 | 27925 | 1383 | oui | 298390 |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|-----------------------------------|-----------|------------|-------------|------------|-----------|--------------|--------------|--------------|-------------|-----|---------------|
| 77 | Seine-et-Marne | 5 | 70 | 134 | 24 | 15 | 32,3 | 7797 | 7293 | 200 | oui | 297426 |
| 78 | Yvelines | 8 | 56 | 279 | 32 | 30 | 48,4 | 9482 | 8813 | 407 | oui | 292895 |
| 91 | Essonne | 5 | 44 | 125 | 36 | 13 | 44,3 | 15601 | 13163 | 237 | oui | 273140 |
| 92 | Hauts de Seine | 8 | 60 | 200 | 51 | 33 | 71 | 9501 | 8864 | 268 | oui | 302931 |
| 93 | Seine St Denis | 5 | 35 | 219 | 64 | 25 | 72,1 | 14589 | 13903 | 116 | oui | 374030 |
| 94 | Val de Marne | 7 | 70 | 189 | 52 | 41 | 60,7 | 14030 | 13434 | 255 | oui | 272353 |
| 95 | Val-d'Oise | 6 | 49 | 123 | 31 | 20 | 38,5 | 8022 | 7461 | 211 | oui | 273404 |
| | Normandie | 17 | 56 | 454 | 82 | 33 | 72,4 | 31375 | 30209 | 331 | | 583658 |
| 14 | Calvados | 4 | 23 | 96 | 24 | 8 | 11,3 | 6015 | 5628 | 101 | oui | 116414 |
| 27 | Eure | 1 | 0 | 70 | 8 | 5 | 10,2 | 4407 | 4331 | 0 | oui | 116451 |
| 50 | Manche | 3 | 0 | 66 | 4 | 6 | 7,3 | 4392 | 4320 | 0 | oui | 79673 |
| 61 | Orne | 2 | 5 | 22 | 4 | 2 | 4,1 | 2841 | 2681 | 43 | oui | 45211 |
| 76 | Seine-Maritime | 7 | 28 | 200 | 42 | 12 | 39,5 | 13720 | 13249 | 187 | oui | 225909 |
| | Nouvelle-Aquitaine | 35 | 282 | 1087 | 133 | 76 | 158,8 | 45926 | 40369 | 1536 | | 951881 |
| 33 | Gironde | 8 | 33 | 350 | 44 | 30 | 53,5 | 11451 | 10200 | 289 | oui | 275159 |
| 16 | Charente | 2 | 10 | 79 | 4 | 3 | 5,8 | 2315 | 1914 | 103 | oui | 53734 |
| 17 | Charente-Maritime | 5 | 31 | 129 | 11 | 12 | 15,6 | 5844 | 5074 | 111 | oui | 95934 |
| 19 | Corrèze | 1 | 0 | 12 | 2 | 2 | 1,5 | 1253 | 1203 | 0 | non | 35300 |
| 23 | Creuse | 1 | 0 | 27 | 3 | 1 | 2,3 | 719 | 613 | 0 | oui | 15556 |
| 24 | Dordogne | 2 | 6 | 51 | 4 | 4 | 8,2 | 3476 | 3269 | 58 | oui | 57431 |
| 40 | Landes | 2 | 77 | 55 | 11 | 4 | 14,5 | 4104 | 3726 | 183 | oui | 64618 |
| 47 | Lot-et-Garonne | 2 | 17 | 69 | 2 | 2 | 2,4 | 2901 | 2602 | 121 | oui | 53071 |
| 64 | Pyrénées-Atlantiques | 4 | 37 | 118 | 22 | 6 | 22,3 | 4702 | 3805 | 235 | oui | 106632 |
| 79 | Deux-Sèvres | 2 | 15 | 54 | 3 | 1 | 1,9 | 4009 | 3437 | 116 | oui | 64811 |
| 86 | Vienne | 4 | 28 | 101 | 16 | 4 | 18,2 | 3406 | 3036 | 164 | oui | 72379 |
| 87 | Haute-Vienne | 2 | 28 | 42 | 11 | 7 | 12,6 | 1746 | 1490 | 156 | oui | 57256 |
| | Occitanie | 34 | 175 | 820 | 99 | 96 | 147,9 | 47279 | 40362 | 1595 | | 975701 |
| 09 | Ariège | 1 | 7 | 20 | 4 | 0 | 3,9 | 1154 | 1067 | 82 | oui | 23352 |
| 11 | Aude | 2 | 10 | 38 | 7 | 5 | 9,9 | 2010 | 1883 | 46 | oui | 59356 |
| 12 | Aveyron | 2 | 5 | 34 | 3 | 2 | 5,8 | 2176 | 1894 | 112 | oui | 42178 |
| 30 | Gard | 7 | 16 | 115 | 14 | 11 | 17,9 | 4993 | 3463 | 318 | oui | 127537 |
| 31 | Haute-Garonne | 4 | 36 | 212 | 20 | 41 | 44,6 | 11148 | 10234 | 221 | oui | 243567 |
| 32 | Gers | 1 | 5 | 3 | 1 | 1 | 2,3 | 1242 | 1158 | 56 | oui | 28402 |
| 34 | Hérault | 6 | 25 | 101 | 20 | 13 | 20,9 | 10194 | 7870 | 204 | oui | 194930 |
| 46 | Lot | 1 | 17 | 25 | 2 | 3 | 3,6 | 1436 | 1230 | 110 | oui | 23847 |
| 48 | Lozère | 1 | 6 | 24 | 1 | 0 | 2,5 | 989 | 819 | 62 | oui | 11549 |
| 65 | Hautes-Pyrénées | 1 | 14 | 69 | 5 | 1 | 5,4 | 1866 | 1679 | 83 | oui | 32562 |
| 66 | Pyrénées-Orientales | 3 | 8 | 65 | 9 | 4 | 10,7 | 4268 | 3742 | 97 | oui | 76829 |
| 81 | Tarn | 2 | 18 | 72 | 9 | 8 | 13,1 | 4034 | 3705 | 137 | oui | 63242 |
| 82 | Tarn-et-Garonne | 3 | 8 | 42 | 4 | 7 | 7,3 | 1769 | 1618 | 67 | oui | 48350 |
| | Pays de la Loire | 20 | 85 | 431 | 72 | 44 | 79,9 | 25115 | 22147 | 649 | | 694615 |
| 44 | Loire-Atlantique | 10 | 21 | 207 | 32 | 28 | 41,8 | 10165 | 8840 | 150 | oui | 269477 |
| 49 | Maine-et-Loire | 4 | 18 | 86 | 15 | 7 | 9,8 | 5022 | 4406 | 150 | oui | 148971 |
| 53 | Mayenne | 1 | 8 | 23 | 2 | 5 | 4,2 | 926 | 834 | 86 | oui | 56736 |
| 72 | Sarthe | 2 | 9 | 0 | 8 | 0 | 7 | 4449 | 4287 | 116 | oui | 101554 |
| 85 | Vendée | 3 | 29 | 115 | 15 | 4 | 17,1 | 4553 | 3780 | 147 | oui | 117877 |
| | Provence-Alpes-Côte d'Azur | 25 | 172 | 630 | 101 | 60 | 118,4 | 35907 | 30533 | 876 | | 846471 |
| 13 | Bouches-du-Rhône | 11 | 62 | 275 | 53 | 31 | 65,1 | 14609 | 13081 | 351 | oui | 359305 |
| 04 | Alpes-de-Haute-Provence | 1 | 0 | 32 | 4 | 0 | 3,5 | 1620 | 1489 | 0 | oui | 25867 |
| 05 | Hautes-Alpes | 1 | 38 | 21 | 4 | 1 | 4,7 | 1302 | 1016 | 131 | oui | 23036 |
| 06 | Alpes-Maritimes | 5 | 29 | 102 | 23 | 15 | 29,4 | 8261 | 7656 | 207 | oui | 170294 |
| 83 | Var | 4 | 27 | 120 | 8 | 11 | 14,2 | 5983 | 3545 | 84 | oui | 167667 |
| 84 | Vaucluse | 3 | 16 | 80 | 9 | 2 | 1,5 | 4132 | 3746 | 103 | oui | 100302 |

Tableau K – Répartition en 2018 par région et par départements du nombre d'orthophonistes, leur âge moyen et leur densité pour 100 000 habitants

| Orthophonistes | | Depts 2018 | | | | | |
|-------------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|-----------------------|-----------------|-----------|---------|
| Source Data Drees | | Ensemble des modes | Libéraux ou mixtes | Salariés hospitaliers | Autres salariés | Age moyen | Densité |
| Auvergne-Rhône Alpes | | 3439 | 2839 | 272 | 328 | 42,5 | 43,1 |
| 63 | Puy-de-Dôme | 199 | 154 | 14 | 31 | 44,0 | 30,5 |
| 01 | Ain | 206 | 167 | 23 | 16 | 42,7 | 32,0 |
| 03 | Allier | 61 | 51 | 5 | 5 | 44,2 | 17,9 |
| 07 | Ardèche | 109 | 90 | 1 | 18 | 46,3 | 33,3 |
| 15 | Cantal | 19 | 14 | 2 | 3 | 50,8 | 13,1 |
| 26 | Drôme | 239 | 203 | 10 | 26 | 42,3 | 46,6 |
| 38 | Isère | 593 | 470 | 56 | 67 | 44,0 | 46,8 |
| 42 | Loire | 242 | 198 | 9 | 35 | 42,4 | 31,8 |
| 43 | Haute-Loire | 65 | 53 | 1 | 11 | 42,9 | 28,6 |
| 69 | Rhône | 1213 | 1028 | 102 | 83 | 41,3 | 65,2 |
| 73 | Savoie | 180 | 151 | 20 | 9 | 43,4 | 41,7 |
| 74 | Haute-Savoie | 313 | 260 | 29 | 24 | 41,1 | 38,3 |
| Bretagne | | 1319 | 1059 | 140 | 120 | 41,7 | 39,7 |
| 22 | Côtes-d'Armor | 200 | 158 | 27 | 15 | 44,2 | 33,4 |
| 29 | Finistère | 342 | 256 | 43 | 43 | 42,9 | 37,6 |
| 35 | Ille-et-Vilaine | 462 | 388 | 35 | 39 | 39,6 | 43,4 |
| 56 | Morbihan | 315 | 257 | 35 | 23 | 42,0 | 42,0 |
| Bourgogne-Franche-Comté | | 742 | 555 | 55 | 132 | 44,9 | 26,3 |
| 21 | Côte-d'Or | 184 | 126 | 13 | 45 | 42,8 | 34,3 |
| 25 | Doubs | 166 | 115 | 18 | 33 | 46,4 | 30,7 |
| 39 | Jura | 59 | 45 | 3 | 11 | 44,4 | 22,7 |
| 58 | Nièvre | 42 | 28 | 1 | 13 | 51,0 | 20,2 |
| 70 | Haute-Saône | 44 | 35 | 6 | 3 | 45,5 | 18,7 |
| 71 | Saône-et-Loire | 140 | 119 | 7 | 14 | 45,0 | 25,3 |
| 89 | Yonne | 74 | 60 | 6 | 8 | 45,1 | 21,8 |
| 90 | Territoire de Belfort | 33 | 27 | 1 | 5 | 41,0 | 22,8 |
| Centre-Val de Loire | | 783 | 594 | 67 | 122 | 43,8 | 30,3 |
| 18 | Cher | 62 | 38 | 7 | 17 | 47,0 | 20,2 |
| 28 | Eure-et-Loir | 84 | 67 | 7 | 10 | 44,3 | 19,3 |
| 36 | Indre | 37 | 26 | 2 | 9 | 50,5 | 16,8 |
| 37 | Indre-et-Loire | 331 | 263 | 25 | 43 | 42,0 | 54,3 |
| 41 | Loir-et-Cher | 85 | 62 | 12 | 11 | 43,3 | 25,5 |
| 45 | Loiret | 184 | 138 | 14 | 32 | 44,8 | 27,1 |
| Grand Est | | 1890 | 1541 | 127 | 222 | 41,0 | 34,0 |
| 08 | Ardennes | 122 | 81 | 3 | 38 | 41,6 | 44,6 |
| 10 | Aube | 82 | 59 | 3 | 20 | 44,8 | 26,4 |
| 51 | Marne | 144 | 122 | 7 | 15 | 40,7 | 25,1 |
| 52 | Haute-Marne | 33 | 20 | 3 | 10 | 46,7 | 18,7 |
| 54 | Meurthe-et-Moselle | 351 | 270 | 42 | 39 | 40,8 | 47,8 |
| 55 | Meuse | 58 | 44 | 6 | 8 | 43,0 | 30,8 |
| 57 | Moselle | 350 | 301 | 13 | 36 | 38,2 | 33,6 |
| 67 | Bas-Rhin | 457 | 397 | 33 | 27 | 41,6 | 40,7 |
| 68 | Haut-Rhin | 205 | 166 | 15 | 24 | 40,3 | 26,8 |
| 88 | Vosges | 88 | 81 | 2 | 5 | 43,4 | 24,0 |
| Hauts de France | | 2582 | 2099 | 161 | 322 | 40,4 | 42,9 |
| 02 | Aisne | 111 | 97 | 8 | 6 | 43,8 | 20,7 |
| 59 | Nord | 1531 | 1211 | 109 | 211 | 40,3 | 58,6 |
| 60 | Oise | 185 | 132 | 15 | 38 | 46,5 | 22,4 |
| 62 | Pas-de-Calais | 590 | 510 | 26 | 54 | 38,4 | 40,0 |
| 80 | Somme | 165 | 149 | 3 | 13 | 39,4 | 28,9 |
| Île-de-France | | 4636 | 3606 | 474 | 556 | 46,1 | 38 |
| 75 | Paris | 1291 | 1003 | 123 | 165 | 46,6 | 59,2 |
| 77 | Seine-et-Marne | 385 | 291 | 28 | 66 | 41,7 | 30,6 |
| 78 | Yvelines | 328 | 272 | 30 | 26 | 45,3 | 23,2 |

| | | | | | | | |
|----------------------------|-------------------------|------|------|-----|-----|------|------|
| 91 | Essonne | 424 | 303 | 30 | 91 | 48,2 | 32,6 |
| 92 | Hauts de Seine | 739 | 592 | 78 | 69 | 45,8 | 45,9 |
| 93 | Seine St Denis | 398 | 268 | 63 | 67 | 46,2 | 24,4 |
| 94 | Val de Marne | 538 | 413 | 72 | 53 | 44,1 | 38,7 |
| 95 | Val-d'Oise | 338 | 280 | 28 | 30 | 44,8 | 27,4 |
| Normandie | | 928 | 713 | 82 | 133 | 43,2 | 27,8 |
| 14 | Calvados | 243 | 185 | 23 | 35 | 43,0 | 34,9 |
| 27 | Eure | 113 | 101 | 6 | 6 | 45,2 | 18,6 |
| 50 | Manche | 132 | 94 | 16 | 22 | 44,4 | 26,5 |
| 61 | Orne | 55 | 42 | 9 | 4 | 47,0 | 19,4 |
| 76 | Seine-Maritime | 385 | 291 | 28 | 66 | 41,7 | 30,6 |
| Nouvelle-Aquitaine | | 1915 | 1532 | 135 | 248 | 43,8 | 32,1 |
| 33 | Gironde | 771 | 672 | 34 | 65 | 42,0 | 48,5 |
| 16 | Charente | 76 | 52 | 8 | 16 | 46,5 | 21,6 |
| 17 | Charente-Maritime | 199 | 160 | 20 | 19 | 42,1 | 30,8 |
| 19 | Corrèze | 58 | 37 | 7 | 14 | 47,4 | 24,0 |
| 23 | Creuse | 20 | 11 | 4 | 5 | 48,7 | 16,8 |
| 24 | Dordogne | 89 | 59 | 11 | 19 | 49,1 | 21,5 |
| 40 | Landes | 123 | 106 | 6 | 11 | 45,1 | 30,1 |
| 47 | Lot-et-Garonne | 77 | 57 | 2 | 18 | 48,4 | 23,1 |
| 64 | Pyrénées-Atlantiques | 277 | 212 | 17 | 48 | 43,0 | 41,0 |
| 79 | Deux-Sèvres | 55 | 41 | 6 | 8 | 50,9 | 14,6 |
| 86 | Vienne | 98 | 72 | 13 | 13 | 42,8 | 22,4 |
| 87 | Haute-Vienne | 72 | 53 | 7 | 12 | 46,3 | 19,2 |
| Occitanie | | 2728 | 2241 | 167 | 320 | 44,8 | 46,5 |
| 09 | Ariège | 59 | 47 | 2 | 10 | 42,4 | 38,7 |
| 11 | Aude | 95 | 83 | 4 | 8 | 46,3 | 25,7 |
| 12 | Aveyron | 86 | 72 | 1 | 13 | 43,4 | 30,7 |
| 30 | Gard | 305 | 261 | 14 | 30 | 47,8 | 40,9 |
| 31 | Haute-Garonne | 826 | 649 | 67 | 110 | 43,6 | 60,2 |
| 32 | Gers | 58 | 43 | 3 | 12 | 46,1 | 30,3 |
| 34 | Hérault | 728 | 648 | 40 | 40 | 44,2 | 63,5 |
| 46 | Lot | 53 | 39 | 5 | 9 | 45,7 | 30,8 |
| 48 | Lozère | 20 | 16 | 2 | 2 | 51,0 | 26,4 |
| 65 | Hautes-Pyrénées | 79 | 52 | 5 | 22 | 45,9 | 34,7 |
| 66 | Pyrénées-Orientales | 181 | 145 | 8 | 28 | 46,1 | 37,8 |
| 81 | Tarn | 144 | 109 | 14 | 21 | 45,4 | 36,8 |
| 82 | Tarn-et-Garonne | 94 | 77 | 2 | 15 | 44,4 | 36,1 |
| Pays de la Loire | | 1360 | 1136 | 78 | 146 | 42,0 | 36,1 |
| 44 | Loire-Atlantique | 678 | 563 | 40 | 75 | 41,4 | 48,5 |
| 49 | Maine-et-Loire | 308 | 266 | 10 | 32 | 42,0 | 37,7 |
| 53 | Mayenne | 60 | 45 | 4 | 11 | 42,6 | 19,5 |
| 72 | Sarthe | 144 | 119 | 13 | 12 | 42,6 | 25,4 |
| 85 | Vendée | 170 | 143 | 11 | 16 | 43,6 | 25,1 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | | 2395 | 2081 | 114 | 200 | 45,7 | 47,4 |
| 13 | Bouches-du-Rhône | 1129 | 1009 | 35 | 85 | 46,5 | 55,5 |
| 04 | Alpes-de-Haute-Provence | 60 | 50 | 4 | 6 | 46,8 | 37,1 |
| 05 | Hautes-Alpes | 70 | 57 | 5 | 8 | 41,5 | 49,5 |
| 06 | Alpes-Maritimes | 537 | 457 | 32 | 48 | 43,9 | 49,7 |
| 83 | Var | 381 | 327 | 24 | 30 | 45,8 | 35,8 |
| 84 | Vaucluse | 218 | 181 | 14 | 23 | 46,5 | 38,7 |

Tableau L- Répartition des orthophonistes selon les régions, la taille de l'unité urbaine (TUU) et le mode d'exercice

| MODE D'EXERCICE 2018 <i>Source Data Drees</i> | | Ensemble des modes d'exercice globaux | Libéraux ou mixtes |
|--|--|---------------------------------------|--------------------|
| ZONE ACTIVITE | TUU | | |
| France métropolitaine | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 24828 | 20084 |
| | Commune rurale | 1896 | 1665 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 1515 | 1402 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 1652 | 1484 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 1334 | 1151 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 1748 | 1362 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 2040 | 1476 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 1616 | 1185 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 8772 | 7066 |
| | Unité urbaine de Paris | 4255 | 3293 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 3439 | 2839 |
| | Commune rurale | 248 | 214 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 202 | 192 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 179 | 167 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 158 | 142 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 255 | 208 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 333 | 256 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 337 | 262 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 1727 | 1398 |
| Bourgogne-Franche-Comté | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 742 | 555 |
| | Commune rurale | 123 | 108 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 72 | 64 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 81 | 67 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 35 | 30 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 129 | 100 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 80 | 57 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 102 | 58 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 120 | 71 |
| Bretagne | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 1319 | 1059 |
| | Commune rurale | 164 | 155 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 129 | 123 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 203 | 189 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 130 | 112 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 203 | 144 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 155 | 97 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 164 | 117 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 171 | 122 |
| Centre-Val de Loire | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 783 | 594 |
| | Commune rurale | 88 | 79 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 63 | 57 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 71 | 58 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 48 | 36 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 20 | 14 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 149 | 92 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 0 | 0 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 344 | 258 |
| Grand Est | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 1890 | 1541 |
| | Commune rurale | 205 | 185 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 206 | 185 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 163 | 150 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 126 | 102 |

| | | | |
|--------------------|--|------|------|
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 231 | 185 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 183 | 130 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 128 | 96 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 648 | 508 |
| Hauts de France | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 2582 | 2099 |
| | Commune rurale | 165 | 154 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 137 | 127 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 120 | 109 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 111 | 100 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 190 | 143 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 287 | 225 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 235 | 182 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 1337 | 1059 |
| Ile-de-France | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 4636 | 3606 |
| | Commune rurale | 72 | 47 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 43 | 37 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 45 | 38 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 77 | 74 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 122 | 102 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 22 | 15 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 0 | 0 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 0 | 0 |
| | Unité urbaine de Paris | 4255 | 3293 |
| Normandie | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 928 | 713 |
| | Commune rurale | 98 | 87 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 94 | 88 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 78 | 68 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 72 | 53 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 165 | 121 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 48 | 32 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 108 | 77 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 265 | 187 |
| Nouvelle-Aquitaine | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 1915 | 1532 |
| | Commune rurale | 234 | 206 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 137 | 122 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 129 | 112 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 132 | 116 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 171 | 127 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 160 | 104 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 292 | 194 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 660 | 551 |
| Occitanie | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 2728 | 2241 |
| | Commune rurale | 277 | 225 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 219 | 203 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 287 | 251 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 228 | 185 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 158 | 126 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 341 | 265 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 182 | 146 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 1036 | 840 |
| Pays de la Loire | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 1360 | 1136 |
| | Commune rurale | 145 | 138 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 137 | 130 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 181 | 168 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 101 | 96 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 52 | 46 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 95 | 56 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 68 | 53 |

| | | | |
|------------------------------------|--|------|------|
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 581 | 449 |
| Provence-Alpes- Côte d'Azur | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 2395 | 2081 |
| | Commune rurale | 59 | 49 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 72 | 70 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 103 | 96 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 105 | 94 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 52 | 46 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 121 | 103 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 0 | 0 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 1883 | 1623 |

Tableau M – Répartition des psychomotricien-ne-s par département selon le mode d'exercice, l'âge moyen et la densité pour 100 000 habitants

| Psychomotricien-ne-s | | | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------|----------|--------------------|-----------------------|-----------------|-----------|---------|--|
| Depts 2018 | | | | | | | | |
| Source Data Drees | | Ensemble | Libéraux ou mixtes | Salariés hospitaliers | Autres salariés | Age moyen | Densité | |
| Auvergne-Rhône Alpes | | 1539 | 374 | 426 | 739 | 41,0 | 19,3 | |
| 01 | Ain | 125 | 31 | 30 | 64 | 38,1 | 19,4 | |
| 03 | Allier | 36 | 3 | 13 | 20 | 42,0 | 10,6 | |
| 07 | Ardèche | 40 | 10 | 7 | 23 | 43,6 | 12,2 | |
| 15 | Cantal | 19 | 2 | 5 | 12 | 44,0 | 13,1 | |
| 26 | Drôme | 119 | 31 | 29 | 59 | 42,8 | 23,2 | |
| 38 | Isère | 252 | 68 | 85 | 99 | 44,1 | 19,9 | |
| 42 | Loire | 114 | 18 | 22 | 74 | 39,7 | 15,0 | |
| 43 | Haute-Loire | 37 | 11 | 3 | 23 | 37,1 | 16,3 | |
| 63 | Puy-de-Dôme | 78 | 10 | 18 | 50 | 41,5 | 11,9 | |
| 69 | Rhône | 449 | 130 | 127 | 192 | 39,3 | 24,1 | |
| 73 | Savoie | 92 | 24 | 33 | 35 | 45,7 | 21,3 | |
| 74 | Haute-Savoie | 178 | 36 | 54 | 88 | 39,7 | 21,8 | |
| Bretagne | | 479 | 121 | 162 | 196 | 43,4 | 14,4 | |
| 22 | Côtes-d'Armor | 94 | 13 | 46 | 35 | 43,0 | 15,7 | |
| 29 | Finistère | 141 | 33 | 38 | 70 | 44,0 | 15,5 | |
| 35 | Ille-et-Vilaine | 113 | 37 | 30 | 46 | 43,4 | 10,6 | |
| 56 | Morbihan | 131 | 38 | 48 | 45 | 43,0 | 17,4 | |
| Bourgogne-Franche-Comté | | 394 | 52 | 97 | 245 | 42,8 | 14,0 | |
| 21 | Côte-d'Or | 86 | 7 | 15 | 64 | 44,5 | 16,1 | |
| 25 | Doubs | 78 | 8 | 15 | 55 | 44,3 | 14,4 | |
| 39 | Jura | 39 | 7 | 7 | 25 | 40,7 | 15,0 | |
| 58 | Nièvre | 43 | 2 | 21 | 20 | 40,1 | 20,7 | |
| 70 | Haute-Saône | 26 | 1 | 10 | 15 | 36,5 | 11,0 | |
| 71 | Saône-et-Loire | 61 | 14 | 17 | 30 | 42,6 | 11,0 | |
| 89 | Yonne | 37 | 10 | 10 | 17 | 46,9 | 10,9 | |
| 90 | Territoire de Belfort | 24 | 3 | 2 | 19 | 40,9 | 16,6 | |
| Centre-Val de Loire | | 395 | 75 | 95 | 225 | 40,6 | 15,3 | |
| 18 | Cher | 41 | 7 | 9 | 25 | 43,6 | 13,4 | |
| 28 | Eure-et-Loir | 59 | 13 | 18 | 28 | 38,2 | 13,6 | |
| 36 | Indre | 30 | 2 | 6 | 22 | 38,2 | 13,6 | |
| 37 | Indre-et-Loire | 107 | 24 | 22 | 61 | 41,3 | 17,6 | |
| 41 | Loir-et-Cher | 48 | 9 | 17 | 22 | 41,5 | 14,4 | |
| 45 | Loiret | 110 | 20 | 23 | 67 | 40,2 | 16,2 | |
| Grand Est | | 602 | 81 | 180 | 341 | 42,3 | 10,8 | |
| 08 | Ardennes | 43 | 5 | 8 | 30 | 44,4 | 15,7 | |
| 10 | Aube | 45 | 10 | 5 | 30 | 46,4 | 14,5 | |
| 51 | Marne | 81 | 18 | 20 | 43 | 41,7 | 14,1 | |
| 52 | Haute-Marne | 22 | 3 | 8 | 11 | 44,0 | 12,5 | |
| 54 | Meurthe-et-Moselle | 60 | 6 | 25 | 29 | 46,0 | 8,2 | |
| 55 | Meuse | 20 | 1 | 9 | 10 | 43,5 | 10,6 | |
| 57 | Moselle | 77 | 12 | 20 | 45 | 44,0 | 7,4 | |
| 67 | Bas-Rhin | 105 | 13 | 30 | 62 | 42,4 | 9,4 | |
| 68 | Haut-Rhin | 106 | 11 | 42 | 53 | 37,8 | 13,8 | |
| 88 | Vosges | 43 | 2 | 13 | 28 | 38,1 | 11,7 | |
| Hauts de France | | 1146 | 140 | 386 | 620 | 40,6 | 19,0 | |
| 02 | Aisne | 51 | 7 | 19 | 25 | 40,8 | 9,5 | |
| 59 | Nord | 645 | 72 | 229 | 344 | 40,2 | 24,7 | |
| 60 | Oise | 154 | 32 | 29 | 93 | 43,0 | 18,6 | |
| 62 | Pas-de-Calais | 213 | 19 | 73 | 121 | 39,3 | 14,4 | |
| 80 | Somme | 83 | 10 | 36 | 37 | 43,1 | 14,5 | |
| Île-de-France | | 3477 | 810 | 940 | 1727 | 38,3 | 28,5 | |
| 75 | Paris | 656 | 136 | 205 | 315 | 38,9 | 30,1 | |
| 77 | Seine-et-Marne | 327 | 95 | 66 | 166 | 37,7 | 23,2 | |
| 78 | Yvelines | 503 | 147 | 142 | 214 | 39,1 | 35,1 | |

| | | | | | | | |
|----------------------------|-------------------------|------|-----|-----|-----|------|------|
| 91 | Essonne | 369 | 93 | 86 | 190 | 39,1 | 28,4 |
| 92 | Hauts de Seine | 497 | 111 | 92 | 294 | 36,6 | 30,9 |
| 93 | Seine St Denis | 416 | 50 | 138 | 228 | 37,8 | 25,5 |
| 94 | Val de Marne | 391 | 96 | 136 | 159 | 39,5 | 28,1 |
| 95 | Val-d'Oise | 318 | 82 | 75 | 161 | 37,9 | 25,8 |
| Normandie | | 467 | 83 | 131 | 253 | 42,8 | 14,0 |
| 14 | Calvados | 105 | 20 | 23 | 62 | 43,4 | 15,1 |
| 27 | Eure | 78 | 19 | 21 | 38 | 41,8 | 12,8 |
| 50 | Manche | 65 | 8 | 24 | 33 | 42,3 | 13,1 |
| 61 | Orne | 43 | 9 | 13 | 21 | 44,2 | 15,1 |
| 76 | Seine-Maritime | 176 | 27 | 50 | 99 | 42,7 | 14,0 |
| Nouvelle-Aquitaine | | 1239 | 243 | 349 | 647 | 43,2 | 20,8 |
| 16 | Charente | 78 | 8 | 20 | 50 | 41,3 | 22,1 |
| 17 | Charente-Maritime | 96 | 22 | 27 | 47 | 43,5 | 14,9 |
| 19 | Corrèze | 42 | 4 | 13 | 25 | 40,5 | 17,4 |
| 23 | Creuse | 17 | 0 | 5 | 12 | 45,5 | 14,3 |
| 24 | Dordogne | 93 | 7 | 40 | 46 | 42,9 | 22,5 |
| 33 | Gironde | 378 | 114 | 89 | 175 | 43,1 | 23,8 |
| 40 | Landes | 77 | 20 | 23 | 34 | 40,0 | 18,8 |
| 47 | Lot-et-Garonne | 60 | 6 | 14 | 40 | 43,1 | 18,0 |
| 64 | Pyrénées-Atlantiques | 206 | 39 | 56 | 111 | 46,1 | 30,5 |
| 79 | Deux-Sèvres | 59 | 10 | 15 | 34 | 42,9 | 15,7 |
| 86 | Vienne | 66 | 10 | 23 | 33 | 44,4 | 15,1 |
| 87 | Haute-Vienne | 67 | 3 | 24 | 40 | 41,6 | 17,9 |
| Occitanie | | 1199 | 375 | 254 | 570 | 42,2 | 20,5 |
| 09 | Ariège | 25 | 7 | 10 | 8 | 40,0 | 16,4 |
| 11 | Aude | 50 | 17 | 14 | 19 | 37,6 | 13,5 |
| 12 | Aveyron | 55 | 10 | 14 | 31 | 42,7 | 19,6 |
| 30 | Gard | 97 | 13 | 26 | 58 | 47,5 | 13,0 |
| 31 | Haute-Garonne | 405 | 165 | 65 | 175 | 41,3 | 29,5 |
| 32 | Gers | 56 | 12 | 7 | 37 | 42,6 | 29,3 |
| 34 | Hérault | 179 | 67 | 41 | 71 | 41,3 | 15,6 |
| 46 | Lot | 32 | 7 | 7 | 18 | 51,3 | 18,6 |
| 48 | Lozère | 21 | 2 | 8 | 11 | 38,5 | 27,7 |
| 65 | Hautes-Pyrénées | 67 | 8 | 16 | 43 | 44,9 | 29,4 |
| 66 | Pyrénées-Orientales | 71 | 14 | 23 | 34 | 42,7 | 14,8 |
| 81 | Tarn | 82 | 35 | 16 | 31 | 41,7 | 21,0 |
| 82 | Tarn-et-Garonne | 59 | 18 | 7 | 34 | 40,1 | 22,7 |
| Pays de la Loire | | 529 | 129 | 126 | 274 | 42,5 | 14,0 |
| 44 | Loire-Atlantique | 198 | 60 | 49 | 89 | 42,4 | 14,2 |
| 49 | Maine-et-Loire | 117 | 21 | 25 | 71 | 43,2 | 14,3 |
| 53 | Mayenne | 47 | 7 | 17 | 23 | 42,1 | 15,3 |
| 72 | Sarthe | 58 | 9 | 13 | 36 | 40,9 | 10,2 |
| 85 | Vendée | 109 | 32 | 22 | 55 | 43,1 | 16,1 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | | 955 | 271 | 220 | 464 | 41,8 | 18,9 |
| 04 | Alpes-de-Haute-Provence | 49 | 8 | 12 | 29 | 40,9 | 30,3 |
| 05 | Hautes-Alpes | 49 | 14 | 15 | 20 | 43,6 | 34,7 |
| 06 | Alpes-Maritimes | 157 | 33 | 43 | 81 | 46,0 | 14,5 |
| 13 | Bouches-du-Rhône | 431 | 138 | 82 | 211 | 39,9 | 21,2 |
| 83 | Var | 188 | 51 | 62 | 75 | 40,9 | 17,7 |
| 84 | Vaucluse | 81 | 27 | 6 | 48 | 45,1 | 14,4 |

Tableau N- Répartition des psychomotricien-ne-s selon les régions, la taille de l'unité urbaine (TUU) et le mode d'exercice en France métropolitaine (en 2018)

| MODE D'EXERCICE 2018 | Source Data Drees | Ensemble | Libéraux ou mixtes | Salariés hospitaliers | Autres salariés |
|-------------------------|--|----------|--------------------|-----------------------|-----------------|
| | TUU | | | | |
| France métropolitaine | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 12476 | 2767 | 3370 | 6339 |
| | Commune rurale | 831 | 141 | 131 | 559 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 467 | 101 | 121 | 245 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 650 | 133 | 183 | 334 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 624 | 160 | 180 | 284 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 1054 | 207 | 304 | 543 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 1407 | 261 | 439 | 707 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 906 | 184 | 257 | 465 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 3446 | 865 | 907 | 1674 |
| | Unité urbaine de Paris | 3091 | 715 | 848 | 1528 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 1539 | 374 | 426 | 739 |
| | Commune rurale | 107 | 22 | 10 | 75 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 67 | 22 | 6 | 39 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 48 | 15 | 11 | 22 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 66 | 20 | 20 | 26 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 136 | 25 | 27 | 84 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 248 | 45 | 88 | 115 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 178 | 47 | 53 | 78 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 689 | 178 | 211 | 300 |
| Bourgogne-Franche-Comté | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 394 | 52 | 97 | 245 |
| | Commune rurale | 48 | 7 | 8 | 33 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 35 | 0 | 15 | 20 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 30 | 2 | 14 | 14 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 8 | 0 | 1 | 7 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 100 | 21 | 25 | 54 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 60 | 10 | 15 | 35 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 51 | 7 | 8 | 36 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 62 | 5 | 11 | 46 |
| Bretagne | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 479 | 121 | 162 | 196 |
| | Commune rurale | 48 | 10 | 10 | 28 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 25 | 8 | 11 | 6 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 56 | 19 | 11 | 26 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 37 | 16 | 6 | 15 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 77 | 16 | 24 | 37 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 104 | 14 | 57 | 33 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 70 | 19 | 21 | 30 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 62 | 19 | 22 | 21 |
| Centre-Val de Loire | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 395 | 75 | 95 | 225 |
| | Commune rurale | 42 | 6 | 6 | 30 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 21 | 4 | 7 | 10 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 37 | 7 | 5 | 25 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 30 | 4 | 7 | 19 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 19 | 3 | 5 | 11 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 111 | 23 | 31 | 57 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 135 | 28 | 34 | 73 |
| Corse | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 55 | 13 | 4 | 38 |
| | Commune rurale | 3 | 1 | 0 | 2 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 1 | 0 | 1 | 0 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 3 | 2 | 0 | 1 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | |
|--------------------|--|------|-----|-----|------|
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 47 | 10 | 3 | 34 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Grand Est | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 602 | 81 | 180 | 341 |
| | Commune rurale | 38 | 1 | 5 | 32 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 43 | 4 | 23 | 16 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 32 | 2 | 12 | 18 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 40 | 4 | 23 | 13 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 86 | 12 | 26 | 48 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 97 | 13 | 23 | 61 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 46 | 11 | 7 | 28 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 220 | 34 | 61 | 125 |
| Hauts de France | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 1146 | 140 | 386 | 620 |
| | Commune rurale | 54 | 10 | 9 | 35 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 40 | 5 | 13 | 22 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 54 | 6 | 16 | 32 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 40 | 10 | 10 | 20 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 138 | 17 | 63 | 58 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 191 | 20 | 73 | 98 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 131 | 15 | 37 | 79 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 498 | 57 | 165 | 276 |
| Ile-de-France | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 3477 | 810 | 940 | 1727 |
| | Commune rurale | 112 | 14 | 35 | 63 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 32 | 8 | 1 | 23 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 41 | 7 | 8 | 26 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 66 | 28 | 3 | 35 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 108 | 33 | 35 | 40 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 27 | 5 | 10 | 12 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Unité urbaine de Paris | 3091 | 715 | 848 | 1528 |
| Normandie | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 467 | 83 | 131 | 253 |
| | Commune rurale | 50 | 11 | 3 | 36 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 37 | 4 | 13 | 20 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 25 | 4 | 6 | 15 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 48 | 8 | 19 | 21 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 85 | 16 | 23 | 46 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 42 | 8 | 16 | 18 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 47 | 13 | 9 | 25 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 133 | 19 | 42 | 72 |
| Nouvelle-Aquitaine | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 1239 | 243 | 349 | 647 |
| | Commune rurale | 116 | 16 | 12 | 88 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 62 | 13 | 18 | 31 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 98 | 15 | 34 | 49 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 88 | 20 | 32 | 36 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 134 | 21 | 41 | 72 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 133 | 21 | 44 | 68 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 273 | 47 | 96 | 130 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 335 | 90 | 72 | 173 |
| Occitanie | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 1199 | 375 | 254 | 570 |
| | Commune rurale | 145 | 29 | 26 | 90 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 46 | 16 | 3 | 27 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 125 | 38 | 41 | 46 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 112 | 23 | 34 | 55 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 100 | 22 | 23 | 55 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 178 | 54 | 29 | 95 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 80 | 15 | 19 | 46 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 413 | 178 | 79 | 156 |

| | | | | | |
|-----------------------------------|--|-----|-----|-----|-----|
| Pays de la Loire | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 529 | 129 | 126 | 274 |
| | Commune rurale | 43 | 10 | 2 | 31 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 29 | 8 | 5 | 16 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 51 | 7 | 14 | 30 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 36 | 8 | 10 | 18 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 34 | 11 | 8 | 15 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 97 | 17 | 34 | 46 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 30 | 10 | 7 | 13 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 209 | 58 | 46 | 105 |
| Provence-Alpes Côte d'Azur | Ensemble des tailles d'unité urbaine | 955 | 271 | 220 | 464 |
| | Commune rurale | 25 | 4 | 5 | 16 |
| | Unité urbaine de moins de 5 000 habitants | 29 | 9 | 6 | 14 |
| | Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants | 52 | 11 | 10 | 31 |
| | Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants | 50 | 17 | 15 | 18 |
| | Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants | 37 | 10 | 4 | 23 |
| | Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants | 72 | 21 | 16 | 35 |
| | Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants | 690 | 199 | 164 | 327 |

Annexe 2- Formations, compétences

DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE PÉDIATRIE³³

1. Organisation générale

1.1. Objectifs généraux de la formation :

Former des médecins spécialistes en pédiatrie.

- diagnostiquer et traiter les pathologies du nouveau-né, de l'enfant et l'adolescent
- participer au suivi des pathologies chroniques de l'enfant et l'adolescent
- mettre en œuvre les stratégies de prévention chez l'enfant et l'adolescent
- mettre en œuvre les stratégies de dépistage chez le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent
- organiser le suivi d'un nouveau-né, d'un enfant et d'un adolescent
- établir une synthèse dans des situations complexes (pathologies multi-organes) fréquentes, mettre en place des stratégies diagnostiques ou thérapeutiques hiérarchisées

1.2. Durée totale du DES :

10 semestres dont au moins 5 dans un lieu avec encadrement universitaire tel que défini à l'article 1er du présent arrêté et au moins 2 dans un lieu sans encadrement universitaire

1.3. Intitulé des options proposées au sein du DES :

- néonatalogie
- neuropédiatrie
- pneumopédiatrie
- réanimation pédiatrique

1.4. Intitulé des formations spécialisées transversales (FST) indicatives :

Dans le cadre de son projet professionnel, et en regard des besoins de santé et de l'offre de formation, l'étudiant peut candidater à une formation spécialisée transversale (FST), notamment : cardiologie pédiatrique et congénitale, oncologie, douleur, maladies allergiques, médecine du sport, médecine scolaire, nutrition appliquée, pharmacologie médicale / thérapeutique, soins palliatifs, sommeil, urgences pédiatriques

2. Phase socle

2.1. Durée :

2 semestres

2.2. Enseignements hors stages :

Volume horaire : 2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie (article R. 6153-2 du code de la santé publique)

Nature des enseignements :

- séminaires présentiels
- e-learning
- séances de simulation

Connaissances de base dans la spécialité à acquérir :

Les connaissances de base de la spécialité sont détaillées dans la plateforme numérique du collège de la spécialité :

- développement staturo-pondéral et psychomoteur normal de l'enfant, et dépistage des anomalies de développement
- particularités pharmacologiques, modalités de prescription, de surveillance et connaissance des interactions médicamenteuses des principaux médicaments utilisés chez l'enfant : anti-infectieux, antalgiques, bronchodilatateurs, corticoïdes
- intérêts et limites des principaux examens complémentaires en pédiatrie (radiologie, biologie) dans les situations fréquentes et urgentes en pédiatrie en intégrant les principes de radioprotection

Connaissances transversales à acquérir :

Outre l'article 2 du présent arrêté :

- la communication avec les autres professionnels de santé autour de la situation d'un enfant
- l'initiation aux soins palliatifs en néonatalogie et en pédiatrie

2.3. Compétences à acquérir :

Compétences génériques et transversales à acquérir :

Outre l'article 2 du présent arrêté :

- reconnaître les signes cliniques ou d'interrogatoires évocateurs de situation d'urgence
- énoncer les principales hypothèses diagnostiques dans les situations aiguës les plus fréquentes au terme d'un interrogatoire et d'un examen clinique
- faire le choix des examens complémentaires à prescrire dans les situations aiguës
- interpréter les examens complémentaires courants (numération formule sanguine et hémostase, bilan ionique, hépatique, bilan inflammatoire, radiographie de thorax)

- réaliser les gestes suivants : ponction lombaire, sondage urinaire chez le nourrisson, mesure de la pression artérielle en utilisant des brassards appropriés à l'âge, accès intra-osseux pour une réanimation, soins des plaies et sutures cutanées, injections sous-cutanées, intradermiques et intramusculaires, ponction veineuse périphérique
 - planifier et réaliser les vaccinations et dépistages de nouveau-né (examen de maternité) et de l'enfant
- Compétences spécifiques à la spécialité à acquérir :
- Les compétences de base de la spécialité sont détaillées dans la plateforme numérique du collège de la spécialité :
- évaluer le développement staturo-pondéral (courbe de croissance) et psychomoteur d'un enfant
 - conduire un examen complet du nouveau-né et repérer les nouveau-nés à risque
 - informer un enfant (en âge d'être informé) et ses parents sur son état de santé de façon claire et adaptée, y compris en cas d'événement péjoratif
 - reconnaître une situation grave avec mise en jeu du pronostic vital (détresse respiratoire, arrêt cardio-respiratoire, état de choc, traumatismes crâniens, coma) chez le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent
 - initier la prise en charge dans les situations les plus fréquentes de consultation d'un enfant
 - évaluer et initier la prise en charge d'une douleur du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.
 - accueillir un nouveau-né sain en salle de naissance et prendre en charge les pathologies de pédiatrie de maternité
 - participer à la prise en charge d'un enfant ou d'un nouveau-né qui présente une pathologie pédiatrique d'organe ou complexe et savoir orienter le patient en conséquence
 - diagnostiquer et prendre en charge chez l'enfant et l'adolescent un choc, une détresse respiratoire, une souffrance neurologique aiguë, une crise convulsive, une douleur abdominale, une fièvre, une déshydratation
 - connaître les besoins nutritionnels en pédiatrie, connaître les indications des différents types de lait et formules et conduire une diversification de l'alimentation chez l'enfant
 - reconnaître et savoir traiter les principales infections bactériennes de l'enfant

2.4. Stages :

Stages à réaliser :

2 stages dans un lieu agréé à titre principal en pédiatrie de préférence en pédiatrie générale, en urgences pédiatriques, en néonatalogie

L'un de ces stages est accompli de préférence dans un lieu avec encadrement universitaire.

Critères d'agrément des stages de niveau I dans la spécialité :

En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte :

- la présence d'au moins deux équivalents temps plein pédiatre. Le responsable médical du lieu de stage est pédiatre
- pathologies considérées comme courantes (liste des 10 diagnostics les plus fréquents) et situations aiguës imposant l'acquisition de compétences spécifiques notamment de gestion d'urgence
- activité médicale de chaque étudiant (nombre de patients pris en charge) adaptée à un début de formation
- le niveau d'encadrement permettant une supervision directe avec contrôle et évaluation de la démarche diagnostique, thérapeutique et des prescriptions
- l'enseignement spécifique au sein du lieu de stage combinant enseignement théorique et situations pratiques, réunions de concertation, réunions interdisciplinaires, réunions de bibliographie

2.5. Evaluation :

Modalités de l'évaluation des connaissances :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

- participation aux séminaires, journées d'enseignement et de formation, e-learning
- auto-évaluation sur la plateforme numérique d'enseignement, certifiée par le coordonnateur local

Modalités de l'évaluation des compétences :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

- actes techniques et cliniques (analyse de situations cliniques, interprétation d'explorations complémentaires, décisions thérapeutiques, entretiens) auxquels l'étudiant a participé ou qu'il a réalisés
- bilan de l'activité réalisée sous forme de mise en situation (simulation)
- présentation de cas cliniques lors de séminaires locaux ou régionaux
- évaluation numérique de type questions à réponses multiples isolées et/ou dossiers progressifs réalisée sur la plateforme numérique du collège de la spécialité

2.6. Modalités de validation de la phase et de mise en place du plan de formation :

Voir articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

3. Phase d'approfondissement

3.1. Durée : 6 semestres

3.2. Enseignements hors stages :

Volume horaire :

2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie (article R. 6153-2 du code de la santé publique)

Nature des enseignements :

En application de l'article 5 du présent arrêté :

- enseignements présentiels
- e-learning
- séances de simulation
- participation à au moins deux réunions scientifiques organisées par une société savante dont au moins une par la société française de pédiatrie

Connaissances à acquérir :

Les connaissances transversales sont listées dans l'article 3 du présent arrêté.

Les connaissances spécifiques sont détaillées dans la plateforme numérique du collège de la spécialité et concernent en particulier :

- principes de la prévention du risque infectieux (vaccinations, calendrier vaccinal, prophylaxie, voyage en pays tropical)
- indications, modalités de surveillance et effets secondaires des produits stables dérivés du sang
- indications et modalités de prescription des antalgiques, vitaminothérapies, antibiotiques, anti-inflammatoires, corticoïdes, antiépileptiques
- organisation des soins de l'enfant et l'organisation des structures communautaires (PMI, médecine scolaire)
- principales pathologies néonatales (nouveau-né à terme et prématuré) : infection néonatale, détresses respiratoires néonatales et dysplasie broncho-pulmonaire, lésions neurologiques de la prématurité et du nouveau-né à terme, canal artériel, entérocolite ulcéro-nécrosante,
- principales pathologies spécifiques d'organe de l'enfant (démarche diagnostique et thérapeutique), comportant les pathologies neurologiques, gastroentérologiques, endocrinologiques, pneumologiques, dermatologiques, infectieuses, néphrologiques, métaboliques, cardiologiques les plus courantes de l'enfant
- principales pathologies chroniques de l'enfant et les principes de leur suivi
- principes de prise en charge d'un enfant en situation de handicap et son suivi
- contexte médico-légal, médico-judiciaire et éthique qui concerne l'enfant
- principes méthodologiques des essais thérapeutiques : épidémiologie descriptive et analytique et des principaux outils statistiques
- principes de l'éducation thérapeutique d'un patient
- statut du médicament orphelin et les implications d'une prescription hors AMM. connaître les principes d'une prescription d'un médicament en ATU
- savoir, dans le cadre d'une maladie chronique, quelles démarches médico-éducatives sont nécessaires et quels accompagnements sont indiqués. Savoir les préconiser et instruire la partie médicale des demandes
- apport de la génétique dans les maladies pédiatriques
- les causes les plus fréquentes et urgentes de malaises, crises épileptiques, de céphalées, de troubles de la marche et de l'équilibre, traumatisme crânien chez le nourrisson et l'enfant
- les principes de prise en charge thérapeutique et les complications du diabète
- les dépistages métaboliques et endocriniens (HCS, hypothyroïdie, Phénylcétonurie, Mucoviscidose, Drépanocytose...), organisation du dépistage en France et ses résultats
- les indications de la ventilation non-invasive et de la ventilation mécanique
- les facteurs possibles, biologiques, psychologiques et sociaux qui contribuent à la survenue d'une douleur abdominale chronique ou récurrente
- les aspects développementaux de la sexualité à l'adolescence et les tendances dans les comportements sexuels des adolescents
- les mécanismes et les finalités des prises de risque à l'adolescence. Repérer et évaluer la gravité, les situations à risque de récurrence. connaître les dispositifs de prévention
- les indications et les effets secondaires des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des corticostéroïdes, savoir les expliquer aux patients et à leurs parents
- la présentation clinique des principales tumeurs solides de l'enfant (néphroblastome, neuroblastome, rétinoblastome, tumeurs cérébrales)

3.3. Compétences :

Compétences à acquérir :

Les compétences génériques sont listées dans l'article 3 du présent arrêté.

Les compétences spécifiques sont détaillées dans la plateforme numérique du collège de la spécialité et concernent en particulier :

- organiser et diriger une équipe pour la prise en charge d'une situation d'urgence vitale
- prescrire des produits dérivés du sang et connaître les procédures transfusionnelles
- organiser une prise en charge au décours d'un épisode aigu chez un sujet sans antécédent ou dans le cadre d'une maladie chronique : prescrire les traitements, organiser et planifier le suivi
- réaliser un projet d'accueil individualisé pour les principales maladies chroniques de l'enfant (asthme, diabète, allergie, épilepsie) en milieu scolaire
- réaliser une éducation thérapeutique dans le cadre d'une pathologie chronique
- organiser et planifier la surveillance d'un nouveau-né à risque
- conduire une réanimation du nouveau-né en salle de naissance
- organiser le suivi d'un nouveau-né à risque
- effectuer une évaluation fiable de l'état neuro-développemental à des étapes clés (items du carnet de santé), au cours des 2 premières années de vie, à l'âge préscolaire, à l'âge scolaire
- reconnaître un retard de langage et un trouble des apprentissages (difficultés scolaires) et l'orienter pour une évaluation
- assurer le suivi d'une épilepsie stabilisée et savoir référer en cas d'aggravation
- effectuer une évaluation du stade pubertaire dans des conditions respectueuses de l'intimité, reconnaître les anomalies du développement pubertaire (puberté précoce, tardive, pilosité précoce, gynécomastie) et connaître les principales étiologies
- prendre en charge une obésité commune de l'enfant
- prendre en charge les principales infections des voies aériennes ;
- évaluer la sévérité d'une crise d'asthme et planifier la prise en charge
- diagnostiquer les allergies alimentaires aux protéines de lait de vache et les allergies sévères (à risque anaphylactique) et/ou les allergies à expression multiple (respiratoire, alimentaire, cutanée)
- reconnaître et prendre en charge de la carence nutritionnelle
- prendre en charge une constipation fonctionnelle avec ou sans pertes fécales ; prendre en charge un reflux gastro-œsophagien non compliqué ;
- conduire la recherche étiologique devant des vomissements chroniques
- conduire la recherche étiologique et la prise en charge initiale d'un ictère, d'une hépatomégalie, d'une perturbation du bilan hépatique
- diagnostiquer et initier la prise en charge une hypertension artérielle de l'enfant et en connaître les complications
- diagnostiquer et initier la prise en charge d'une insuffisance rénale aiguë et comprendre les méthodes pour corriger les anomalies hydro-électrolytiques observées
- diagnostiquer et prendre en charge un syndrome néphrotique et comprendre les principes du traitement
- prendre en charge les troubles urinaires : énurésie, dysurie, pollakiurie et polyurie
- reconnaître et prendre en charge une affection articulaire
- évoquer une connectivité ou une vascularite de l'enfant et prescrire les premiers examens complémentaires
- dépister une anomalie rachidienne (cyphose, scoliose)
- reconnaître les manifestations cliniques de la leucémie et connaître les dangers immédiats
- diagnostiquer une anémie, une thrombopénie, une neutropénie, et leurs complications et de reconnaître une pathologie sérieuse sous-jacente
- évoquer une maladie métabolique devant une détresse néonatale, une insuffisance cardiaque, un trouble de conscience, une insuffisance hépatocellulaire
- prendre en charge les différents types d'exanthèmes fébriles, les infections cutanées bactériennes courantes
- diagnostiquer et traiter une gale, une teigne et une pédiculose du cuir chevelu.
- diagnostiquer et prendre en charge un eczéma
- diagnostiquer et initier la prise en charge d'un angiome

3.4. Stages :

- 1 stage en pédiatrie générale dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en pédiatrie
- 1 stage en néonatalogie dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en pédiatrie
- 1 stage en urgence ou réanimation pédiatrique ou de SMUR (26 gardes formatrices) dans un lieu hospitalier agréé à titre principal ou complémentaire en pédiatrie

Lorsque un ou plusieurs des stages mentionnés aux trois précédents alinéas sont accomplis au cours de la phase socle, ils sont remplacés par des stages dans un lieu agréé à titre principal en pédiatrie.- 1 stage

dans un lieu agréé à titre principal en pédiatrie et ayant une activité de prise en charge des troubles du développement et de la croissance (neurologie, endocrinologie, gastro-entérologie, troubles des apprentissages, médecine de l'adolescent).

- 2 stages libres dont un accompli de préférence auprès d'un praticien-maître de stage des universités agréé à titre principal en pédiatrie

Critères d'agrément des stages de niveau II dans la spécialité :

En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte :

- pour un stage hospitalier : au moins deux équivalents temps-plein
- pour les urgences pédiatriques : minimum 15.000 passages par an
- pour un stage ambulatoire : la patientèle du pédiatre doit être suffisante pour faire découvrir au stagiaire les divers champs de la pédiatrie libérale (2.500 actes/an minimum).
- pour un stage de pédiatrie communautaire : le responsable de la structure justifie d'une compétence en pédiatrie

- le niveau d'encadrement

- l'enseignement spécifique au sein du lieu de stage combinant enseignement théorique, réunions de concertation, réunions interdisciplinaires, réunions de bibliographie. Implication des encadrants dans l'enseignement universitaire et postuniversitaire.

3.5. Evaluation :

Modalités de l'évaluation des connaissances et des compétences :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

- contrôle continu
- auto-évaluation sur la plateforme numérique d'e-learning, portfolio des actes réalisés, activité réalisée sous forme de mise en situation (simulation), présentation de cas cliniques
- entretien annuel entre l'étudiant et le coordonnateur régional de la spécialité ou son représentant, dont un compte rendu sera rédigé, archivé et transmis à l'étudiant et au coordonnateur local

3.6. Modalités de validation de la phase :

Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

- validation du contrôle continu des connaissances et des compétences
- validation du parcours de l'étudiant

4. Phase de consolidation

4.1. Durée : 1 an

4.2. Enseignements hors stages en lien avec la préparation à l'exercice professionnel (gestion de cabinet...)
:

Volume horaire :

2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie

Nature des enseignements :

En application de l'article 5 du présent arrêté :

- e-learning
- séminaires scientifiques
- congrès
- participation à des actions Qualité (RMM, EPP, audit de processus, patient traceur...)

Connaissances et compétences à acquérir :

A l'issue de la phase, les connaissances et compétences génériques décrites aux articles 2 à 4 du présent arrêté sont acquises.

4.3. Stages :

Nombre et durée des stages de niveau III :

1 stage d'un an, ou deux stages d'un semestre lorsque l'acquisition par l'étudiant des compétences de la spécialité le justifie, accompli soit :

- dans un lieu hospitalier ou auprès d'un praticien-maître de stage des universités agréé à titre principal en pédiatrie
- sous la forme d'un stage mixte dans des lieux et/ou auprès d'un praticien-maître de stage des universités agréés à titre principal en pédiatrie
- sous la forme d'un stage couplé dans des lieux et/ou auprès d'un praticien-maître de stage des universités agréés à titre principal ou complémentaire en pédiatrie

Critères d'agrément des stages de niveau III :

En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte :

- le niveau d'encadrement
- l'activité incluant les consultations, les différents modes d'hospitalisation, la rédaction de courriers de synthèse, avis téléphoniques/sur dossier

4.4. Evaluation :

Modalités de l'évaluation des connaissances :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

Modalités de l'évaluation des compétences :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

4.5. Modalités de validation de la phase de consolidation :

Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

Soutenance d'un mémoire devant un jury et constitué 1/ d'un travail de recherche qui peut être la formalisation sous forme d'un article du travail de thèse, au mieux soumis à une revue ou prêt à l'être et 2/ d'un résumé du cursus (comprenant une mise en perspective des éléments de la formation et du projet professionnel).

5. Option Neuropédiatrie

5.1. Durée : 2 semestres.

Prérequis : réalisation d'un stage d'un semestre dans un lieu contribuant à la formation en neuropédiatrie (neuropédiatrie, neurologie adulte, neurophysiologie, médecine physique et de réadaptation, pédo-psychiatrie, neurochirurgie pédiatrique, neuroradiologie)

5.2. Enseignements hors stages :

Volume horaire : 2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie

Nature des enseignements : En application de l'article 5 du présent arrêté :

Connaissances :

Module 0 : Introduction à la neuropédiatrie / à la recherche en neuropédiatrie

Module 1 : Epilepsie

Module 2 : Troubles du neuro-développement, Aspects cognitifs et comportementaux

Module 3 : Neurologie Fœtale et Néonatale

Module 4 : Handicap

Module 5 : Neuromusculaire

Module 6 : Vasculaire et inflammation

Module 7 : Maladies neurologiques progressives et métaboliques

Module 8 : La neuropédiatrie à l'interface des autres spécialités

5.3. Compétences à acquérir :

- maîtrise du diagnostic et de la prise en charge des 4 grands groupes de pathologie de neurologie pédiatrique :

- maladies du cerveau, dont les épilepsies

- maladies de la moelle, des nerfs et des muscles

- troubles d'apprentissage global (déficience mentale) ou spécifique

- prise en charge et suivi d'un enfant porteur de handicap, y compris accompagnement de fin de vie

- capacité à exercer ses compétences en (i) exercice libéral avec des missions très spécifiques : dépistage des troubles du développement, des apprentissages, prise en charge à domicile de l'enfant handicapé et de sa famille ; (ii) exercice dans le secteur médicosocial type CAMSP, IME, participation aux Maisons

Départementales de la Personne Handicapée ; (iii) exercice en hôpital général (problèmes neuro-

pédiatriques associés à des pathologies pédiatriques et prise en charge de proximité des maladies neuro-

pédiatriques chroniques) ; (iv) exercice en centre hospitalo-universitaire dans des services ou unités

spécialisés avec la triple mission de soins, de recherche et d'enseignement.

5.4. Stages : Nombre et durée des stages :

Deux stages dont un qui doit être réalisé en phase de consolidation et qui ont lieu dans un lieu agréé à titre principal en pédiatrie et bénéficiant d'un agrément fonctionnel pour l'option en neuropédiatrie.

Critères d'agrément des stages pour l'option de neuropédiatrie :

En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte la présence d'une activité adaptée et de lits d'hospitalisation sous la responsabilité d'au moins un pédiatre temps plein pouvant justifier d'une compétence en neuropédiatrie.

5.5. Evaluation :

Modalités de l'évaluation des connaissances :

Conformément au VIII de l'article 59 de l'arrêté du 21 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- validation des connaissances par un examen théorique national : 4 dossiers rédactionnels / 80 (évolution vers QROC / Dossier progressif sur plateforme numérique)
- mémoire du DES de pédiatrie/option neurologie pédiatrique sous forme d'une publication scientifique (/60) : Valeur scientifique / 20 ; Forme / 20 ; Présentation orale /20
- congrès (DPC) : = 3 congrès / 2 ans

Modalités de l'évaluation des compétences :

Conformément au VIII de l'article 59 de l'arrêté du 21 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- portfolio indiquant le nombre de visites en salle ; présentation en réunion pluridisciplinaire de concertation ; la participation à des consultations
- contrôle continu et validation des compétences par enseignant extérieur

6. Option Pneumopédiatrie

6.1. Durée : 2 semestres

Prérequis : réalisation d'un stage d'un semestre dans un lieu contribuant à la formation en pneumopédiatrie (unité de pneumopédiatrie, pédiatrie générale avec forte orientation pneumo-allergologique, allergologie, pneumologie adulte, physiologie respiratoire, cardiopédiatrie, radiopédiatrie, médecine libérale à orientation pneumo-allergologique pédiatrique).

6.2. Enseignements hors stages :

Volume horaire :

2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie

Nature des enseignements :

En application de l'article 5 du présent arrêté :

- e-learning, mise en ligne d'une base documentaire
- simulation (ponction pleurale, endoscopie bronchique)
- séminaires en présentiel nationaux obligatoires

Connaissances :

Niveau supérieur d'expertise dans les domaines suivants :

- le développement, la structure et la fonction de l'appareil respiratoire, des nourrissons, enfants et adolescents
- l'étiologie, la pathogénèse, et la prise en charge de toutes les maladies respiratoires aiguës et chroniques des patients pédiatriques :
 - a) Pathologies malformatives.
 - b) Pathologies infectieuses, incluant tuberculose et séquelles infectieuses.
 - c) Pathologies chroniques des voies aériennes (asthme, mucoviscidose, DDB hors muco, dyskinésie ciliaire primitive).
 - d) Pathologies interstitielles.
 - e) Conséquences respiratoires de la grande prématurité.
 - f) Pathologies du sommeil.
 - g) Conséquences respiratoires des pathologies extra-thoraciques.
 - h) Tumeurs broncho-pulmonaires de l'enfant.

- aspect psychosocial des maladies chroniques respiratoires ;
- aspects éthiques des pathologies respiratoires sévères de l'enfant ;
- savoir reconnaître les principaux troubles du sommeil sur un enregistrement polysomnographique.

6.3. Compétences à acquérir :

- technique d'endoscopie bronchique souple (au moins 20 procédures) ;
- oxygénothérapie au long cours et supports ventilatoires de l'insuffisance respiratoire chronique.

Réalisation et interprétation des explorations fonctionnelles respiratoires ;

- techniques des explorations allergologiques ;
- avoir une expérience dans la réalisation/évaluation d'un projet de recherche respiratoire ;
- capacité à exercer ses compétences en (i) exercice libéral avec des missions spécifiques : travail en réseau avec l'hôpital, prise en charge de l'asthme sévère, des bronchopathies chroniques et de l'enfant insuffisant respiratoire chronique ; (ii) exercice en hôpital général (problèmes pneumo pédiatriques associés à des pathologies pédiatriques et prise en charge de proximité des pathologies respiratoires chroniques ; (iii) exercice en centre hospitalo-universitaire dans des services ou unités spécialisés avec la triple mission de soins, de recherche et d'enseignement.

6.4. Stages :

Nombre et durée des stages :

Deux stages accomplis dans un lieu agréé lorsque l'acquisition par l'étudiant des compétences de la spécialité le justifie, accompli dans un lieu agréé à titre principal en pédiatrie et bénéficiant d'un agrément

fonctionnel pour l'option de pneumopédiatrie.

Critères d'agrément des stages pour l'option de pneumopédiatrie :

En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte le niveau d'encadrement, la présence d'une consultation spécialisée, d'un accès à l'endoscopie, d'au moins 2 ou 3 ETP formés à la pneumologie pédiatrique, d'un CRCM ou d'un CMRR et d'EFR pédiatrique.

6.5. Evaluation :

Modalités de l'évaluation des connaissances :

Conformément au VIII de l'article 59 de l'arrêté du 21 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- validation des connaissances par un examen théorique national ;
- mémoire du DES de pédiatrie/option pneumologie pédiatrique sous forme d'une publication scientifique ;
- congrès (DPC) : = 3 congrès / 2 ans.

Modalités de l'évaluation des compétences :

Conformément au VIII de l'article 59 de l'arrêté du 21 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- portfolio indiquant le nombre de présentations en réunion pluridisciplinaire de concertation ; un nombre minimal de procédures en premier ou second opérateur
- validation des compétences techniques lors d'une mise en situation par un enseignant extérieur ;
- la présentation du Board Européen Hermès pédiatrique est encouragée.

7. Option de Néonatalogie

7.1. Durée : 2 semestres inclus

Prérequis : réalisation d'au moins deux stages semestriels dans un lieu agréé à titre principal en pédiatrie et comportant une activité en néonatalogie

7.2. Enseignements hors stages :

Volume horaire :

2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie.

Nature des enseignements : En application de l'article 5 du présent arrêté :

- présentiel ;
- e-learning ;
- simulation ;
- ateliers.

Connaissances :

1. Enseignements généraux :

- méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique en néonatalogie ;
- organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en néonatalogie ; spécificité des différents modes d'exercice de la néonatalogie (maternités, services de pédiatrie, unités de soins intensifs et réanimation néonatale, réseau de périnatalité...)

2. Enseignements spécifiques :

- biologie du développement embryonnaire et fœtal ; tératogénèse ; embryopathies et fœtopathies ; facteurs de risque (alcool, tabac, drogues, médicaments) ;
- retentissement fœtal et néonatal des pathologies, intoxications et thérapeutiques maternelles ; prise en charge et prévention ;
- diagnostic anténatal et médecine fœtale : prévention et prise en charge des malformations congénitales ; conseil génétique et péri-conceptionnel ;
- prévalence et mécanismes de la prématurité et de l'hypotrophie, facteurs pronostiques ; mortalité et morbidité périnatales dans les pays industrialisés et le pays en voie de développement ;
- adaptation à la vie extra-utérine : fonctions respiratoire et hémodynamique, thermorégulation ; prise en charge d'un accouchement à risque : concertation périnatale ; accueil et prise en charge de l'enfant à la naissance ;
- pharmacologie périnatale, fœtale et néonatale ; diagnostic et prise en charge de la douleur du nouveau-né ;
- épidémiologie, physiopathologie, anatomopathologie, diagnostic, pronostic et traitement des maladies du fœtus et du nouveau-né : détresses respiratoires, infections, ictères, troubles cardiaques et circulatoires, entérocolite, pathologies neurologiques, des urgences chirurgicales, cardiologiques et métaboliques et des malformations congénitales ;
- alimentation et nutrition entérale et parentérale du nouveau-né à terme, prématuré et hypotrophique ;
- diagnostic, suivi, prise en charge et prévention des anomalies sensorielles (troubles auditifs, rétinopathie) et autres handicaps d'origine anté et périnatale ;
- nouveau-né en maternité : surveillance, dépistages (organisation, objectifs, résultats) ;

- Pathologies du premier mois de vie ; diagnostic, traitement et prévention ;
- problèmes psychologiques liés à la prématurité ; annonce du handicap ou des mauvaises nouvelles, démarche palliative ; suivi à long terme ; protection maternelle et infantile.

7.3. Compétences à acquérir

- technicité permettant la prise en charge des urgences néonatales du nouveau-né à terme et du grand prématuré : maîtrise de l'intubation, de la ventilation invasive et non invasive, de la nutrition parentérale et entérale, de la pose de cathéters centraux, du drainage thoracique ; maîtrise de la réanimation en salle de naissance (mauvaise adaptation du prématuré et du nouveau-né à terme, prise en charge des urgences malformatives courantes) ;
- mise en condition pour transport médicalisé en néonatalogie ;
- réalisation au lit du malade et interprétation des échographies transfontanellaires et échographie cardiaque pour évaluation de l'hémodynamique. Interprétation des IRM cérébrales du prématuré et du nouveau-né à terme.

7.4. Stages

Nombre et durée des stages :

Doivent être réalisés au cours de la formation :

- deux stages dont un qui doit être réalisé en phase de consolidation et qui ont lieu dans un lieu agréé à titre principal en pédiatrie et bénéficiant d'un agrément fonctionnel pour l'option de néonatalogie ;
- quarante-huit gardes dans des unités de réanimation néonatale. La moitié de ces gardes peut-être réalisée sous forme d'astreintes SMUR Néonatal, avec déplacement.

Les critères d'agrément des stages pour l'option de Néonatalogie sont les suivants :

Critère 1 : Lits de néonatalogie

- service de réanimation néonatale (associé à maternité type III) ;
- service de soins intensifs néonataux (associé à maternité de type IIB) avec un minimum de 6 lits installés et en activité
- services de réanimation polyvalente pédiatrique à condition qu'au minimum 6 lits identifiés et dédiés à la prise en charge des nouveau-nés soient installés et en activité.

Dans ces unités de soins, la salle de naissance est sur place avec réanimation du nouveau-né sous la responsabilité du service tel que définis ci-dessus.

Critère 2 : Niveau d'encadrement minimum

Présence d'un médecin justifiant d'une compétence en néonatalogie exerçant à temps plein dans le lieu de stage

Critère 3 : Réunion pédagogique hebdomadaire : une réunion d'enseignement et/ou de présentation de dossiers est organisée minimum une fois par semaine

Critère 4 : Réunion de présentation bibliographique

Critère 5 : Gardes sur site dédiées à l'activité du service

Critère 6 : Les actes techniques possibles :

- prises en charge en salle de naissance ;
- intubations, pose de cathéters centraux (ombilicaux ou épicutanéocaves), drains pleuraux ;

Critère 7 : Participation à consultations de suivis post-néonataux

Critère 8 : Possibilité de participation à la recherche clinique

7.5. Evaluation

Modalités de l'évaluation et de validation des connaissances :

Conformément au VIII de l'article 59 de l'arrêté du 21 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

Examen national de fin de cursus comprenant les items suivants :

- Une épreuve écrite avec dossiers cliniques ;
- Un mémoire (mémoire de DES de pédiatrie/option néonatalogie ou une publication scientifique) ;
- Un contrôle continu.

Modalités de l'évaluation des compétences :

Conformément au VIII de l'article 59 de l'arrêté du 21 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- évaluation du Portfolio.
- validation des stages et des gardes.

Portfolio indiquant le nombre minimal de procédures en premier ou second opérateur

8. Option Réanimation pédiatrique

8.1. Organisation générale :

8.1.1. Objectifs généraux de la formation :

- approfondir les connaissances et acquérir les compétences théoriques et techniques en Réanimation et Soins intensifs médico-chirurgicaux du nourrisson et de l'enfant ;
- exercer en réanimation pédiatrique médico-chirurgicale ou en unité de surveillance continue pédiatrique

médico-chirurgicale (uniquement hospitalière, universitaire ou non) ;
- avoir une compétence en Réanimation pédiatrique associée à une spécialité primaire.

8.1.2. Durée de l'option :

4 semestres.

L'option augmente de 2 semestres la durée totale de formation du DES de pédiatrie.

8.1.3. Prérequis pour l'inscription à l'Option :

Réalisation de 3 stages :

- un stage dans un lieu agréé à titre principal ou complémentaire en pédiatrie et ayant une activité en néonatalogie ou en réanimation néonatale ;
- un stage dans un lieu agréé à titre principal ou complémentaire en pédiatrie et ayant une activité en réanimation pédiatrique.

Un stage dans un lieu agréé à titre principal ou complémentaire en pédiatrie et ayant une activité en cardiologie pédiatrique est recommandé ainsi qu'un stage agréé à titre principal en pédiatrie et ayant une activité en urgences pédiatriques.

Un stage dans un lieu agréé à titre principal ou complémentaire en pédiatrie et ayant une activité en cardiologie pédiatrique est recommandé

8.2. Première partie :

8.2.1. Durée : 2 semestres.

8.2.2. Enseignements hors stages :

Volume horaire :

2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie

Nature des enseignements :

En application de l'article 5 du présent arrêté :

- e-learning ;
- présentiels ;
- séances de simulation ;
- ateliers pratiques.

Connaissances à acquérir :

Les connaissances à acquérir correspondent aux objectifs suivants, issus du référentiel européen de réanimation pédiatrique :

- réanimation cardio-pulmonaire secondaire ;
- principales situations de défaillances d'organes, aiguës et chroniques, en réanimation pédiatrique :
 - o Module 1 : Ventilation ;
 - o Module 2 : Hémodynamique et circulation ;
 - o Module 3 : Neurologie et métabolisme ;
 - o Module 4 : Soins post-opératoires ;
 - o Module 5 : Aspects administratifs, épidémiologiques et réglementaires de la Réanimation pédiatrique ;
 - o Module 6 : Transports intra et extrahospitaliers ;
 - o Module 7 : Accompagnement des parents et des familles en Réanimation pédiatrique ;

8.2.3. Compétences à acquérir :

Les compétences à acquérir sont d'ordre clinique, technique et comportemental.

Elles correspondent aux objectifs définis dans le référentiel Métier du pédiatre réanimateur : connaître l'épidémiologie, réaliser un diagnostic, définir la stratégie thérapeutique, décider de la prise en charge immédiate, effectuer un suivi post-thérapeutique immédiat puis à court, moyen et long terme.

Ces compétences s'appliquent au nouveau-né, au nourrisson, à l'enfant et à l'adolescent à risque de survenue d'une défaillance d'organe ou nécessitant la mise en place d'une technique de suppléance, selon les modules 1 à 4 présentés ci-dessus (voir section 8.2.2).

L'évaluation concerne en particulier : la sécurité du patient, les relations interprofessionnelles, l'approche multidisciplinaire, les relations avec la famille.

8.2.4. Stages :

Deux stages dont un qui doit être réalisé en phase de consolidation.

- 1 stage d'un semestre en réanimation d'adultes dans un lieu agréé à titre principal en anesthésie-réanimation ou en médecine intensive-réanimation et à titre complémentaire en pédiatrie ;
- 1 stage d'un semestre en réanimation pédiatrique, dans un lieu agréé à titre principal en pédiatrie ou en anesthésie-réanimation et agréé à titre complémentaire en pédiatrie.

Critères d'agrément des stages de l'option

8.2.5. Evaluation :

Modalités de l'évaluation des connaissances :

- QRU ;
- QRM ;
- dossiers progressifs.

Modalités de l'évaluation des compétences :

- validation des stages ;
- évaluation du portfolio ;
- réalisation d'une séance de simulation suivant les modules 1 à 4 présentés ci-dessus (voir section 8.2.2).

8.3. Deuxième partie :

8.3.1. Durée : 1 an.

8.3.2. Enseignements hors stages :

Volume horaire :

2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie

Nature des enseignements :

En application de l'article 5 du présent arrêté :

- e-learning ;
- présentiels ;
- séances de simulation ;
- ateliers pratiques.

Connaissances et compétences à acquérir :

Les connaissances à acquérir correspondent aux objectifs suivants issus du référentiel européen de réanimation pédiatrique :

- principales situations de défaillances d'organes, aiguës et chroniques, en réanimation pédiatrique :
- Module 8 : Néphrologie ;
- Module 9 : Infectiologie ;
- Module 10 : Hématologie ;
- Module 11 : Digestion et nutrition ;
- Module 12 : Traumatologie et brûlures graves ;
- Module 13 : Endocrinologie et dermatologie ;
- Module 14 : Fin de vie en Réanimation pédiatrique ;

8.3.3. Compétences à acquérir :

Les compétences à acquérir sont d'ordre clinique, technique et comportemental.

Elles correspondent aux objectifs définis dans le Référentiel Métier du Pédiatre Réanimateur : connaître l'épidémiologie, réaliser un diagnostic, définir la stratégie thérapeutique, décider de la prise en charge immédiate, effectuer un suivi post-thérapeutique immédiat puis à court, moyen et long termes.

Ces compétences s'appliquent au nouveau-né, au nourrisson, à l'enfant et à l'adolescent à risque de survenue d'une défaillance d'organe ou nécessitant la mise en place d'une technique de suppléance, selon les modules #8 à #14 présentés ci-dessus (voir section 8.3.2).

L'évaluation concerne en particulier : la gestion de la fin de vie, les capacités à travailler en équipe et le rôle de responsable d'équipe, le travail en réseau, les compétences pédagogiques, les aptitudes à la communication avec les patients, leurs familles et l'ensemble des intervenants amenés à travailler en réanimation et surveillance continue médico-chirurgicales pédiatriques.

8.3.4. Stages :

Nombre et durée des stages : de préférence stage de 1 an (ou à défaut, deux stages de 6 mois) en phase de consolidation dans un lieu agréé à titre principal en pédiatrie et bénéficiant d'un agrément fonctionnel pour l'option de réanimation pédiatrique.

8.3.5. Evaluation :

Modalités de l'évaluation des connaissances :

Conformément au VIII de l'article 59 de l'arrêté du 21 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- QRU ;
- QRM ;
- dossiers progressifs ;
- tests de concordance de script

Modalités de l'évaluation des compétences :

Conformément au VIII de l'article 59 de l'arrêté du 21 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- validation du stage ;
- évaluation du portfolio ;
- réalisation d'une séance de simulation suivant l'ensemble des modules 1 à 14 présentés ci-dessus (voir sections 8.2.2 et 8.3.2).

Certification européenne :

Possibilité de présenter l'examen du diplôme européen de soins intensifs pédiatriques (Paediatric European Diploma in Intensive Care, PEDI).

Tableau-Nombre de postes ouverts par région aux différentes options du DES de pédiatrie (arrêté du 5 juin 2020³⁷)

| Régions | CHU de rattachement | Neuropédiatrie | Pneumopédiatrie | Néonatalogie | Réanimation pédiatrique | Total | Postes DES pédiatrie |
|----------------------------|---------------------|----------------|-----------------|--------------|-------------------------|-------|----------------------|
| Grand Est | Nancy | 2 | 2 | 3 | 2 | 9 | 12 |
| | Reims | 1 | 1 | 2 | 1 | 5 | 11 |
| | Strasbourg | 2 | 1 | 1 | 1 | 5 | 10 |
| Antilles-Guyane | Antilles-Guyane | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 7 |
| Nouvelle-Aquitaine | Bordeaux | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 10 |
| | Limoges | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 |
| | Poitiers | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 8 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | Clermont-Ferrand | 2 | 2 | 3 | 2 | 9 | 9 |
| | Grenoble | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 9 |
| | Lyon | 2 | 2 | 4 | 3 | 11 | 16 |
| | St-Etienne | 1 | 0 | 2 | 1 | 4 | 5 |
| Bourgogne-Franche-Comté | Besançon | 1 | 1 | 2 | 2 | 6 | 8 |
| | Dijon | 1 | 1 | 2 | 2 | 6 | 8 |
| Bretagne | Brest | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 |
| | Rennes | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 7 |
| Centre-Val de Loire | Tours | 2 | 1 | 2 | 1 | 6 | 10 |
| Ile-de-France | Ile-de-France | 8 | 7 | 11 | 7 | 34 | 82 |
| Occitanie | Montpellier | 2 | 1 | 1 | 1 | 5 | 11 |
| | Toulouse | 1 | 2 | 2 | 2 | 7 | 10 |
| Hauts-de-France | Amiens | 1 | 1 | 2 | 2 | 6 | 9 |
| | Lille | 2 | 2 | 4 | 1 | 9 | 20 |
| Normandie | Caen | 1 | 1 | 2 | 1 | 5 | 9 |
| | Rouen | 1 | 1 | 2 | 1 | 5 | 10 |
| Océan Indien | Océan Indien | 0 | 0 | 2 | 2 | 4 | 5 |
| Pays de la Loire | Angers | 1 | 1 | 2 | 1 | 5 | 8 |
| | Nantes | 0 | 1 | 2 | 1 | 4 | 7 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | Marseille | 2 | 2 | 3 | 3 | 10 | 14 |
| | Nice | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 5 |
| Total | | 41 | 38 | 63 | 47 | 189 | |

DIPLOME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE MÉDECINE GÉNÉRALE³³

1. Organisation générale

1.1. Objectifs généraux de la formation :

Le DES vise à certifier l'ensemble des six compétences pour l'exercice de la médecine générale

- premier recours, urgence
- relation, communication, approche centrée patient
- approche globale, prise en compte de la complexité
- éducation, prévention, santé individuelle et communautaire
- continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- professionnalisme

1.2. Durée totale du D.E.S : 6 semestres

L'évaluation périodique prévue à l'article 1er du présent arrêté porte, en particulier, sur la durée de la formation en lien avec les objectifs pédagogiques de la spécialité et le développement des capacités de formation.

1.3. Intitulé des options proposées au sein du D.E.S : Néant

1.4. Intitulé des formations spécialisées transversales (FST) indicatives :

Dans le cadre de son projet professionnel, et en regard des besoins de santé et de l'offre de formation, l'étudiant peut candidater à une formation spécialisée transversale (FST), notamment :

- addictologie
- douleur
- expertise médicale - préjudice corporel
- médecine du sport
- médecine scolaire
- soins palliatifs

2. Phase socle

2.1. Durée : 2 semestres

2.2. Enseignements hors stages :

Volume horaire :

2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie (article R. 6153-2 du code de la santé publique)

Nature des enseignements :

En application de l'article 5 du présent arrêté :

- travaux d'écriture clinique
- groupes d'échanges de pratique (GEP)
- méthodes dérivant des apprentissages par résolution de problèmes (ARP)
- groupes de formation à la relation thérapeutique
- groupes de tutorat centrés sur les familles de situations définies pour la spécialité
- ateliers de gestes pratiques y compris avec des techniques de simulation

Connaissances à acquérir : Elles sont listées dans l'article 2 du présent arrêté.

2.3. Compétences à acquérir :

Compétences génériques et transversales à acquérir :

Les compétences génériques sont listées dans l'article 2 du présent arrêté et sont notamment en rapport avec les notions suivantes : mettre en œuvre une démarche décisionnelle du premier recours ambulatoire (fondée sur la prévalence, la clinique et la notion d'incertitude)

- développer l'approche centrée patient
- développer l'approche globale dans le modèle bio psycho social

Compétences spécifiques à la spécialité à acquérir :

Il est attendu en fin de phase socle un niveau de base sur les 6 compétences spécifiques listées au point 1.1 de la présente maquette.

2.4. Stages

Stages à réaliser :

- 1 stage en médecine générale auprès d'un ou plusieurs praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) à titre principal en médecine générale (stage de niveau 1)
- 1 stage en médecine d'urgence dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en médecine d'urgence et/ou à titre complémentaire en médecine générale

En cas de capacités de formation insuffisantes, l'un des deux stages de la phase socle peut être remplacé par le stage visé au a) du 3.4 de la présente maquette ou par un stage en médecine polyvalente dans un lieu hospitalier agréé à titre complémentaire en médecine générale. Le stage de phase socle non réalisé est accompli au cours de la phase d'approfondissement en remplacement du stage visé au a) du 3.4 de la

présente maquette.

Pendant ces stages, l'étudiant est confronté notamment aux familles de situations suivantes :

- situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence
- situations liées à des problèmes aigus/non programmées/fréquents/exemplaires
- situations liées à des problèmes aigus/non programmées/dans le cadre des urgences réelles ou ressenties
- situations autour des problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et l'adolescent
- situations autour de la sexualité et de la génitalité
- situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple
- situations de problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail
- situations dont les aspects légaux, déontologiques et/ou juridiques sont au premier plan
- situations avec des patients difficiles et/ou exigeants
- situations où les problèmes sociaux sont au premier plan
- situations avec des patients d'une autre culture

Critères d'agrément des stages de niveau I dans la spécialité :

En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte le fait que :

- les étudiants soient confrontés aux situations cliniques énumérées ci-dessus
- le stage permette des phases d'observation, de supervisions directe et indirecte des actes effectués en autonomie, des rétroactions régulières et des prescriptions pédagogiques en lien avec le cursus universitaire

2.5. Evaluation :

Modalités de l'évaluation des connaissances :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- obligation de présence en stages et en cours
- validation de la production personnelle de l'étudiant en stage et hors stage.

Modalités de l'évaluation des compétences :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- évaluation du portfolio
- argumentation orale des travaux personnels du portfolio

2.6. Modalités de validation de la phase et de mise en place du plan de formation :

Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

Validation des enseignements, des stages et du portfolio

3. Phase d'approfondissement

3.1. Durée : 4 semestres

3.2. Enseignements hors stages

Volume horaire :

2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie (article R. 6153-2 du code de la santé publique)

Nature des enseignements :

En application de l'article 5 du présent arrêté :

- travaux d'écriture clinique
- groupes d'échanges de pratique (GEP)
- méthodes dérivant des apprentissages par résolution de problèmes (ARP)
- groupes de formation à la relation thérapeutique
- groupes de tutorat centrés sur les familles de situations définies pour la spécialité
- des ateliers de gestes pratiques y compris avec des techniques de simulation

Connaissances à acquérir :

Elles sont listées dans l'article 3 du présent arrêté.

3.3. Compétences :

Compétences à acquérir :

Les compétences génériques sont listées dans l'article 3 du présent arrêté.

Il est attendu en fin de phase d'approfondissement un niveau avancé sur l'ensemble des 6 compétences spécifiques citées au point 1.1 de la présente maquette.

3.4. Stages :

Stages de niveau II à réaliser :

a) 1 stage en médecine polyvalente dans lieu hospitalier agréé à titre principal ou complémentaire en médecine générale. Ce stage est accompli au cours d'un des deux premiers semestres de la phase

d'approfondissement.

b) **1 stage en santé de l'enfant : auprès d'un ou des praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) pour au moins l'un d'entre eux à titre principal en médecine générale ou à défaut à titre complémentaire en médecine générale ; et/ou dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en pédiatrie et/ou à titre complémentaire en médecine générale ;**

c) 1 stage en santé de la femme : auprès d'un ou des praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) pour au moins l'un d'entre eux à titre principal en médecine générale, et/ou à défaut à titre complémentaire en médecine générale ; et/ou dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en gynécologie médicale et/ou à titre complémentaire en médecine générale.

d) 1 stage en soins premiers en autonomie supervisée (SASPAS ou niveau 2), accompli auprès d'un ou plusieurs praticiens maîtres de stage des universités agréés à titre principal en médecine générale. Ce stage est accompli au cours d'un des deux derniers semestres de la phase d'approfondissement.

En cas de capacités de formation insuffisantes, l'étudiant peut accomplir à la place des stages visés en b) et c) :

e) 1 stage couplé en santé de la femme et en santé de l'enfant :

- auprès de deux praticiens agréés dont l'un au moins à titre principal en médecine générale, ou à défaut à titre complémentaire en médecine générale

- ou auprès d'un praticien et dans un lieu hospitalier agréés pour le premier à titre principal en médecine générale, et pour le second à titre principal en gynécologie médicale ou gynécologie obstétrique et/ou en pédiatrie.

- ou dans deux lieux hospitaliers agréés respectivement à titre principal en gynécologie médicale ou gynécologie obstétrique et en pédiatrie et/ou à titre complémentaire en médecine générale

f) 1 stage libre accompli de préférence auprès d'un praticien maître de stage des universités ou dans un lieu agréé à titre principal en médecine générale

Critères d'agrément des stages de niveau II dans la spécialité :

En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte le fait que :

- les étudiants soient confrontés aux situations cliniques à gérer dans l'exercice des soins premiers

- le stage permette des phases d'observation, de supervisions directe et indirecte des actes effectués en autonomie, des rétroactions régulières et des prescriptions pédagogiques en lien avec le cursus universitaire

3.5. Evaluation :

Modalités de l'évaluation des connaissances :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

- obligation de présence des stages et en cours

- validation de la production personnelle de l'étudiant en stage et hors stage

Modalités de l'évaluation des compétences :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

- évaluation du portfolio

- argumentation orale des travaux personnels du portfolio

3.6. Modalités de validation de la phase :

Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

- validation des enseignements, des stages et du portfolio, recueil organisé des traces écrites d'apprentissage de l'étudiant

- validation du mémoire, qui est la version finale du portfolio

DIPLOME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES EN CHIRURGIE PÉDIATRIQUE³³

1. Organisation générale

1.1. Objectifs généraux de la formation :

Former un spécialiste de premier et de second recours en chirurgie pédiatrique.

1.2. Durée totale du DES : 12 semestres dont :

-au moins 8 dans la spécialité ;

-au moins 6 dans un lieu de stage avec encadrement universitaire tel que défini à l'article 1er du présent arrêté ;

-au moins 2 dans un lieu de stage sans encadrement universitaire.

1.3. Intitulé des options précoces proposées au sein du DES :

-chirurgie viscérale pédiatrique ;

-orthopédie pédiatrique.

1.4. Intitulé des formations spécialisées transversales (FST) indicatives :

Dans le cadre de son projet professionnel, et au regard des besoins de santé et de l'offre de formation,

l'étudiant peut candidater à une formation spécialisée transversale (FST).

2. Phase socle

2.1. Durée : 2 semestres.

2.2. Enseignements hors stages :

Volume horaire :

2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie (article R. 6153-2 du code de la santé publique).

Nature des enseignements :

En application de l'article 5 du présent arrêté :

-e-learning ;

-exercices de simulations techniques et comportementales ;

-séminaires nationaux ou régionaux.

Connaissances de base dans la spécialité à acquérir :

Les connaissances théoriques et pratiques spécifiques sont détaillées dans la plateforme numérique du collège de la spécialité et sont en particulier axées sur les urgences non traumatiques et la traumatologie générale.

Connaissances transversales à acquérir :

Les connaissances transversales sont listées dans l'article 2 du présent arrêté et sont en particulier axées sur :

-les urgences chirurgicales des autres spécialités ;

-l'anesthésie-réanimation périopératoire pédiatrique ;

-les bases de la pédiatrie médicale, de l'imagerie et de la communication.

2.3. Compétences à acquérir

Compétences génériques et transversales à acquérir :

Elles sont listées dans l'article 2 du présent arrêté.

Compétences spécifiques à la spécialité à acquérir :

Les compétences spécifiques sont détaillées dans la plateforme numérique du collège de la spécialité.

Elles sont d'ordre clinique, technique, transversal et comportemental :

A.-Cliniques : faire une présentation concise et précise de l'état clinique global d'un patient en situation de crise ; organiser la prise en charge des urgences chirurgicales ; prendre en charge les urgences habituelles de la spécialité ; prendre en charge les complications simples d'un patient opéré.

B.-Techniques : maîtriser les gestes chirurgicaux de base (parage, suture, anesthésie locale, sondage urinaire, drainage thoracique, pose de garrot ...) ; comprendre le fonctionnement des dispositifs médicaux utilisés en chirurgie.

En chirurgie pédiatrique :

-viscérale : réduction d'une hernie inguinale par taxis ; Drainage thoracique chez l'enfant ; Exploration chirurgicale d'une bourse aigue ;

-orthopédique : réaliser les immobilisations courantes et les tractions chez l'enfant ; Installation d'un polytraumatisé pédiatrique.

C.-Comportementales : identifier les responsabilités individuelles et communiquer au sein d'une équipe ;

gérer son temps et hiérarchiser les urgences ; s'adapter à une situation concrète ; identifier un conflit ;

avoir des notions sur le métier de chirurgien et ses conséquences (risque, responsabilité, fatigue, stress ...).

2.4 Stages :

Stages à réaliser :

-1 stage dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en chirurgie pédiatrique et ayant en activité correspondant à l'option vers laquelle l'étudiant envisage de s'orienter ;

-1 stage dans un lieu hospitalier agréé à titre principal dans une autre spécialité de la discipline chirurgicale et agréé à titre complémentaire en chirurgie pédiatrique.

Critères d'agrément des stages de niveau I dans la spécialité :

En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte :

-le ratio activité/ encadrement ainsi que les capacités d'enseignement et d'initiation à une activité scientifique sur site ;

-le fait que le responsable du lieu de stage est un ancien chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux, titulaire de la qualification ou du DESC de chirurgie Infantile et membre titulaire ou associé du Collège national hospitalier et universitaire de chirurgie pédiatrique ;

-le fait que le lieu de stage comporte au moins deux chirurgiens pédiatres qualifiés ;

-la fréquence et la gravité des pathologies prises en charge ;

-l'organisation de réunions au minimum hebdomadaires de discussion de dossiers ;

-un programme d'enseignement théorique diffusé en début de stage ;

-l'organisation de réunions périodiques de morbidité-mortalité.

2.5. Evaluation :

Modalités de l'évaluation des connaissances :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

-connaissances théoriques : autoévaluation, certifiée par le coordonnateur local à l'aide des questions qui suivent les cours mis en ligne sur la plateforme numérique (e-enseignement et e-évaluation) ;

-connaissances pratiques :

En stage : portefeuille numérique saisi par l'étudiant et certifié par le maître de stage, contenant les actes opératoires auquel l'étudiant a participé ou qu'il a réalisés.

Hors stage : bilan, certifié par le coordonnateur local, de l'activité réalisée en centres de simulation.

Utilisation des connaissances : présentation de cas cliniques lors de séminaires régionaux ou interrégionaux.

Modalités de l'évaluation des compétences :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

-évaluation, par le maître de stage, au terme de chacun des stages, par un formulaire standardisé ;

-évaluation de l'acquisition des gestes techniques de base ;

-portfolio avec relevé des actes réalisés ;

-entretien individuel entre l'étudiant, le coordonnateur local et un praticien d'une autre discipline permettant de s'assurer de sa capacité à poursuivre un cursus chirurgical.

2.6. Modalités de validation de la phase et de mise en place du plan de formation :

Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

-validation des stages, des connaissances et des compétences ;

-analyse de l'entretien individuel mentionné ci-dessus ;

-entretien avec la commission locale ou régionale de coordination de la spécialité permettant l'organisation de la phase d'approfondissement en particulier en termes de stages.

3. Phase d'approfondissement

3.1. Durée : 6 semestres.

3.2. Enseignements hors stages :

Volume horaire :

2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie (article R. 6153-2 du code de la santé publique).

Nature des enseignements :

En application de l'article 5 du présent arrêté :

-e-learning ;

-séminaires interrégionaux de simulation ;

-séminaires nationaux d'enseignement ;

-participation à un congrès annuel de la spécialité.

Connaissances à acquérir :

Les connaissances transversales sont listées dans l'article 3 du présent arrêté.

Les connaissances théoriques et pratiques spécifiques sont détaillées dans la plateforme numérique du collège de la spécialité, en particulier :

(i) quelle que soit l'option précoce :

-la vie embryonnaire et fœtale ;

-la croissance et le développement ;

- l'oncologie pédiatrique ;
- le handicap ;
- l'imagerie et l'électrophysiologie ;
- les voies d'abord et la réanimation ;
- la chirurgie ambulatoire ;
- la chirurgie plastique ;
- les plaintes et les réclamations en chirurgie pédiatrique ;
- (ii) pour l'option précoce chirurgie viscérale :
 - les traumatismes viscéraux ;
 - les pathologies de la tête et du cou, du thorax, de la paroi abdominale, du tube digestif et des organes pleins, de l'appareil urogénital ;
- (iii) pour l'option précoce chirurgie orthopédique :
 - les sciences fondamentales des tissus, la croissance, les biomatériaux, la marche ;
 - les fractures et les plaies des membres ;
 - les paralysies obstétricales ;
 - la pathologie orthopédique générale, bénigne et tumorale ;
 - les pathologies du membre supérieur, du membre inférieur et du rachis.

3.3. Compétences :

Compétences à acquérir :

Les compétences génériques sont listées dans l'article 3 du présent arrêté.

Les compétences spécifiques sont détaillées dans la plateforme numérique du collège de la spécialité et sont en particulier axées sur les domaines cliniques, techniques, comportementaux :

- utiliser les dispositifs médicaux de la spécialité ;
- identifier et traiter une complication peropératoire ;
- effectuer dans leur totalité les interventions de la spécialité les plus courantes et une partie des interventions qui doivent être maîtrisées au cours de la phase de consolidation.

3.4. Stages :

- 2 stages dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en chirurgie pédiatrique et bénéficiant d'un agrément fonctionnel pour l'option choisie par l'étudiant ;
- 1 stage dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en chirurgie pédiatrique et bénéficiant d'un agrément fonctionnel pour l'option non choisie par l'étudiant ;
- 1 stage libre.

Option chirurgie viscérale pédiatrique :

- 1 stage dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en chirurgie viscérale et digestive et à titre complémentaire en chirurgie pédiatrique ;
- 1 stage dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en urologie et à titre complémentaire en chirurgie pédiatrique.

Lorsque l'un des stages mentionnés au deux précédents alinéas est accompli au cours de la phase socle, il est remplacé par un stage libre.

Option orthopédie pédiatrique :

- 2 stages dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en chirurgie orthopédique et traumatologique.
- Lorsque l'un des stages mentionnés à l'alinéa précédent est accompli au cours de la phase socle, il est remplacé par un stage libre.

Critères d'agrément des stages de niveau II dans la spécialité :

En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte :

- le ratio activité/ encadrement ainsi que les capacités d'enseignement et d'initiation à une activité scientifique sur site ;
- le fait que le responsable du lieu de stage est un ancien chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux, titulaire de la qualification ou du DESC de chirurgie Infantile et membre titulaire ou associé du Collège national hospitalier et universitaire de chirurgie pédiatrique ;
- le fait que le lieu de stage comporte au moins deux chirurgiens pédiatres qualifiés ;
- la fréquence et la gravité des pathologies prises en charge ;
- l'organisation de réunions au minimum hebdomadaires de discussion de dossiers ;
- un programme d'enseignement théorique diffusé en début de stage ;
- l'organisation de réunions périodiques de morbidité-mortalité.

3.5. Evaluation :

Modalités de l'évaluation des connaissances :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- contrôle continu ;
- auto-évaluation sur la plateforme numérique d'e-learning ;
- activité en centre de simulation ;
- présentation de cas cliniques.

Modalités de l'évaluation des compétences :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- évaluation, par le maître de stage, au terme de chacun des stages, par formulaire standardisé ;
- portefeuille numérique des actes réalisés, activité en centre de simulation ;
- validation des objectifs pédagogiques de connaissances et de compétences (e-learning, nombre des interventions que l'étudiant doit avoir réalisées, exercices de simulation, formulaires d'évaluation) ;
- entretien annuel entre l'étudiant et le coordonnateur local ou le référent du DES de chirurgie pédiatrique, dont un compte rendu sera rédigé, archivé et transmis à l'étudiant et au coordonnateur local le cas échéant.

3.6. Modalités de validation de la phase :

Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- contrôle continu des connaissances et des compétences ;
- validation du parcours de l'étudiant ;
- validation d'un examen informatisé sur la plateforme numérique du collège de la spécialité.

4. Phase de consolidation

4.1. Durée : 2 ans.

4.2. Enseignements hors stages : en lien avec la préparation à l'exercice professionnel (gestion de cabinet ...)

Volume horaire : :

2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie.

Nature des enseignements :

En application de l'article 5 du présent arrêté :

- e-learning ;
- séminaires interrégionaux de simulation ;
- séminaires nationaux d'enseignement ;
- participation à un congrès annuel de la spécialité.

4.3. Connaissances et compétences à acquérir :

Les connaissances transversales sont listées dans l'article 4 du présent arrêté.

Les connaissances spécifiques sont détaillées dans la plateforme numérique du collège de la spécialité.

4.4. Compétences à acquérir :

Les compétences génériques sont listées dans l'article 4 du présent arrêté.

Elles permettent à l'étudiant d'acquérir une autonomie dans toutes les composantes du métier (prise en charge médico-chirurgicale des patients, maîtrise des actes techniques, travail en équipe uni et pluridisciplinaire, réalisation des tâches administratives, auto-évaluation) et de contribuer à l'amélioration de la prise en charge territoriale des pathologies couvertes par la spécialité (notions de seuils d'activité, activité de recours).

Les compétences spécifiques sont détaillées dans la plateforme numérique du collège de la spécialité et sont :

A.- Cliniques : assurer une consultation de patients de la spécialité, une consultation d'annonce, une garde d'urgence ou une astreinte de la spécialité, la prise en charge clinique d'un secteur d'hospitalisation ; diagnostiquer et traiter les pathologies de la spécialité qui ne relèvent pas des maladies rares ou de centres de référence ; anticiper et traiter les complications postopératoires ; connaître le coût des ressources utilisées, l'organisation et la règlementation de l'exercice professionnel.

B.-Techniques : maîtriser l'utilisation des dispositifs médicaux de la spécialité ; effectuer dans leur totalité les interventions de la spécialité les plus courantes ou qui relèvent d'une urgence vitale.

C.-Comportementales : proposer une médecine personnalisée ; proposer une solution et savoir l'évaluer devant une situation inhabituelle ; gérer un conflit ; prévenir les risques et identifier les causes systémiques d'un événement indésirable ; travailler en équipe/ assurer un leadership en situation de crise ; participer à une démarche d'autoévaluation/ accréditation/ formation médicale continue ; formuler la question d'un sujet de recherche, identifier les objectifs primaires et secondaires et la méthodologie pour y répondre ; réaliser un enseignement théorique et pratique, une analyse critique de la littérature, une réunion de morbi-mortalité.

4.5. Stages :

Nombre et durée des stages de niveau III :

2 stages de un an, accomplis soit :

-en lieu hospitalier agréé à titre principal en chirurgie pédiatrique et bénéficiant d'un agrément fonctionnel pour l'option choisie par l'étudiant ;

-sous la forme d'un stage couplé dans deux lieux hospitaliers agréés à titre principal en chirurgie pédiatrique et ayant en activité correspondant à l'option choisie par l'étudiant.

Le deuxième stage peut également être accompli sous la forme d'un stage mixte dans deux lieux agréés à titre principal en chirurgie pédiatrique et ayant en activité correspondant à l'option choisie par l'étudiant.

Critères d'agrément des stages de niveau III :

En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte :

-le ratio activité/ encadrement ainsi que les capacités d'enseignement et d'initiation à une activité scientifique sur site ;

-le fait que le responsable du lieu de stage est un ancien chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux, titulaire de la qualification ou du DESC de chirurgie Infantile, et membre titulaire ou associé du Collège national hospitalier et universitaire de chirurgie pédiatrique ;

-le fait que le lieu de stage comporte au moins deux chirurgiens pédiatres qualifiés ;

-la fréquence et la gravité des pathologies prises en charge ;

-l'organisation de réunions au minimum hebdomadaires de discussion de dossiers ;

-un programme d'enseignement théorique diffusé en début de stage ;

-l'organisation de réunions périodiques de morbidité-mortalité.

4.6. Evaluation :

Modalités de l'évaluation des connaissances :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

-validation de l'enseignement théorique (e-learning, e-évaluation) ;

-validation des exercices de simulation.

Modalités de l'évaluation des compétences :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

-évaluation, par le maître de stage, au terme de chacun des stages, par formulaire standardisé ;

-évaluation, par le responsable du centre de simulation de l'apprentissage technique individuel et de l'apprentissage du travail en équipe ;

-portefeuille numérique des interventions réalisées ;

-entretien annuel avec le coordonnateur local.

Obtention d'une certification européenne :

La certification européenne est encouragée.

4.7. Modalités de validation de la phase :

Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

-épreuve régionale organisée annuellement.

Le coordonnateur régional organise l'épreuve et réunit le jury constitué du coordonnateur régional, des coordonnateurs locaux de l'option. L'épreuve régionale comporte :

-une épreuve de dossiers : deux dossiers cliniques sont soumis au candidat : l'un d'orthopédie-traumatologie infantile, l'autre de chirurgie viscérale infantile. Le dossier le plus complexe correspond à l'option orthopédique ou viscérale de l'intéressé ;

-présentation d'un mémoire original. Il peut s'agir d'un article soumis ou accepté de niveau national ou international, signé en premier ;

-validation du portefeuille numérique y compris les interventions que l'étudiant doit avoir réalisées ;

-titres, travaux et projet professionnel.

DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES EN PSYCHIATRIE

1. Organisation générale

1.1. Objectifs généraux de la formation :

Le DES de psychiatrie propose une formation à l'exercice de la psychiatrie générale.

1.2. Durée totale du DES :

8 semestres dont :

- au moins 3 dans un lieu avec encadrement universitaire tel que défini à l'article 1er du présent arrêté ;
- au moins 2 dans un lieu sans encadrement universitaire.

1.3. Intitulé des options proposées au sein du DES :

- psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ;
- psychiatrie de la personne âgée.

1.4. Intitulé des formations spécialisées transversales (FST) indicatives :

Dans le cadre de son projet professionnel, et en regard des besoins de santé et de l'offre de formation, l'étudiant peut être conduit à candidater à une FST, notamment :

- addictologie ;
- douleur ;
- expertise médicale-préjudice corporel ;
- nutrition appliquée ;
- pharmacologie médicale/ thérapeutique ;
- soins palliatifs ;
- sommeil.

2. Phase socle

2.1. Durée :

2 semestres.

2.2. Enseignements hors stages :

Volume horaire :

2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie ([article R. 6153-2 du code de la santé publique](#)).

Nature des enseignements :

En application de l'article 5 du présent arrêté :

- séminaires ;
 - travaux dirigés ;
 - simulation ;
 - e-learning et enseignement à distance (local et régional).
- Connaissances de base dans la spécialité à acquérir :
- sémiologie, clinique et épidémiologie psychiatrique ;
 - conduite d'entretiens individuels et familiaux et introduction aux psychothérapies et aux théories correspondantes ;
 - développement et fonctionnement psychique du nourrisson à la personne âgée et sensibilisation aux outils de prévention ;
 - spécificités de la psychopathologie aux différents âges de la vie et en fonction des cultures ; addictologie, physiopathologie ;
 - psychopharmacologie ;
 - principaux instruments standardisés d'évaluation clinique et cognitive ; prescription et surveillance des contentions et isolements ;
 - modalités de demande de mise sous mesure juridique de protection des majeurs.

Connaissances transversales à acquérir :

Outre les connaissances définies à l'article 2 du présent arrêté :

- principes de l'alliance et éducation thérapeutique ;
- prescription adaptée des examens complémentaires ;
- repères pratiques et thérapeutiques en addictologie, identification et orientation des troubles envahissant du développement, douleur et soins palliatifs ;
- lutte contre la stigmatisation ;
- recherche d'informations scientifiques nécessaires (utilisation des bases de données bibliographiques, lecture critique d'articles scientifiques ...) ;
- démarche qualité.

2.3. Compétences à acquérir :

Compétences génériques et transversales à acquérir :

Elles sont listées dans l'article 2 du présent arrêté.

Compétences spécifiques à la spécialité à acquérir :

- conduire un entretien psychiatrique initial ;
 - établir un diagnostic clinique adapté à l'âge et à la culture d'origine du patient ;
 - évaluer le degré d'urgence ; évaluer un risque suicidaire ;
 - manier les traitements psychotropes en fonction de l'âge et des comorbidités du patient ;
 - évaluer le rapport bénéfice/ risque avant la prescription ;
 - surveiller l'observance, l'efficacité et les effets indésirables ;
 - délivrer une information au patient et à la famille ;
 - demander et recevoir le consentement du patient ;
 - demander des bilans complémentaires aux professionnels concernés (psychologues cliniciens, neuropsychologues, orthophonistes, psychomotriciens ...) ;
 - rédiger une observation ;
 - rédiger les certificats de soins sous contrainte et connaître leurs conditions de mise en œuvre ;
 - demander une ordonnance de placement provisoire (enfant, adolescent) ;
 - transmettre une information préoccupante à l'institution adéquate dans le cadre légal du secret médical.
- L'étudiant est initié à la rédaction de ces différents types de certificats mais n'est pas habilité à le faire seul.

2.4. Stages :

Stages à réaliser :

- 1 stage dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en psychiatrie et ayant une activité générale de psychiatrie de l'adulte ou de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ;
- 1 stage libre.

Critères d'agrément des stages de niveau I dans la spécialité :

En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte :

- le projet pédagogique validé par la commission locale de coordination du DES ;
- l'activité de soins encadrée au quotidien et évaluée, sous la responsabilité d'un psychiatre référent ;
- l'organisation de supervisions cliniques individuelles au moins hebdomadaires avec mises en situation assurées par des psychiatres exerçant, ne pouvant être confondues avec les réunions de synthèse ou l'activité clinique quotidienne ;
- l'organisation d'entretien psychiatrique conjoint avec un psychiatre au moins une fois par hospitalisation pour chaque patient ;
- la participation aux activités institutionnelles ;
- la participation à des séances de présentations cliniques et de bibliographie organisées régulièrement dans le lieu de stage ;
- la possibilité de participer à des activités de recherche et de formation ;
- les moyens d'accès à l'information psychiatrique (bibliothèque, internet) dans le lieu de stage.

2.5. Evaluation :

Modalités de l'évaluation des connaissances :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- examen écrit et/ ou oral à partir de cas cliniques ;
- validation des séminaires suivis.

Modalités de l'évaluation des compétences :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- entretiens entre l'étudiant et le psychiatre senior référent de son stage à un rythme mensuel ;
- acquisitions tracées sur le portfolio numérique.

2.6. Modalités de validation de la phase et de mise en place du plan de formation :

Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

Entretien individuel de l'étudiant avec la commission locale de spécialité en fin de phase socle.

3. Phase d'approfondissement

3.1. Durée :

4 semestres.

3.2. Enseignements hors stages :

Volume horaire :

2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie ([article R. 6153-2 du code de la santé publique](#)).

Nature des enseignements :

En application de l'article 5 du présent arrêté :

- e-learning ;
- enseignement à distance (local et régional) ;
- séminaires ;
- simulation ;
- travaux dirigés.

Connaissances à acquérir :

Les connaissances transversales sont listées dans l'article 3 du présent arrêté.

Les connaissances spécifiques portent sur :

- l'organisation du projet de soins : règles d'utilisation des différentes thérapeutiques, en fonction de l'âge et des comorbidités du patient, recommandations actuelles de bonnes pratiques et cadre législatif des soins psychiatriques et du handicap ;
- l'organisation de l'offre de soins psychiatriques en France : organisation des structures sanitaires, sociales et médico-sociales, place des associations d'usagers, dimension médico-économique des soins en psychiatrie, acteurs, structures et modalités de fonctionnement nécessaires pour le suivi du patient, connaissance des secteurs éducatifs et professionnels adaptés à l'âge et à la psychopathologie du patient (Education nationale, Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), etc.) ;
- les principes et techniques des principales approches psychothérapeutiques ;
- les bases réglementaires, fiscales et d'exercice des différentes pratiques de la psychiatrie.

3.3. Compétences :

Compétences à acquérir :

Les compétences génériques sont listées dans l'article 3 du présent arrêté.

Les compétences spécifiques sont les suivantes :

- réaliser des entretiens effectués dans le cadre d'un suivi thérapeutique ;
- se coordonner avec d'autres professionnels impliqués dans la prise en charge du patient dont les compétences sont nécessaires au diagnostic ou à l'organisation de la prise en charge et susceptibles de fournir des informations utiles pour assurer la continuité des soins (médecin traitant, autres professionnels de santé ou des secteurs social, médico-social ou associatif) ;
- conduire un entretien familial et des entretiens de groupe ;
- faire un choix thérapeutique en fonction de la pathologie du patient, de son âge et du contexte ;
- mettre en place un contrat de soins avec le patient et sa famille ;
- proposer le suivi psychothérapeutique le plus approprié ;
- repérer une situation de maltraitance et connaître les modalités d'intervention et de signalement ;
- s'initier à la rédaction des différents types de certificats (rapport d'expertise, mise sous mesure de protection juridique, certificat médical psychiatrique dans le cadre d'une réquisition (enfant et adulte) ; certificat médical psychiatrique dans le cadre d'une procédure civile). L'étudiant doit être initié à la rédaction de ces différents types de certificats mais n'est en aucun cas habilité à le faire seul.

3.4. Stages :

- 1 stage dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en psychiatrie et ayant une activité générale de psychiatrie de l'adulte ;
- 1 stage dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en psychiatrie. Ce stage est accompli dans un lieu ayant une activité générale de psychiatrie de l'adulte si un tel stage n'a pas été accompli en phase socle ou dans un lieu ayant une activité générale de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent si un tel stage n'a pas été accompli en phase socle ;
- 1 stage dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en psychiatrie et ayant une activité en psychiatrie soit de la périnatalité soit de l'adolescent soit de la personne âgée soit en addictologie ;
- 1 stage libre.

Critères d'agrément des stages de niveau II dans la spécialité :

En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte :

- le projet pédagogique validé par la commission locale de coordination de la spécialité ;
- l'organisation des activités diagnostiques, thérapeutiques et préventives sous la responsabilité d'un psychiatre senior ;
- l'organisation de supervisions cliniques individuelles hebdomadaires par un psychiatre, ne pouvant être confondues avec les réunions de synthèse, l'activité clinique quotidienne, et portant sur le projet de soins et de suivi des patients.

3.5. Evaluation :

Modalités de l'évaluation des connaissances :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.

Modalités de l'évaluation des compétences :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

Entretiens mensuels entre l'étudiant et le psychiatre référent lors des entretiens de supervision spécifiquement dédiés à l'évaluation de ses compétences.

3.6. Modalités de validation de la phase :

Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.

4. Phase de consolidation

4.1. Durée :

2 semestres.

4.2. Enseignements hors stages en lien avec la préparation à l'exercice professionnel (gestion de cabinet ...) :

Volume horaire :

2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie.

Nature des enseignements :

En application de l'article 5 du présent arrêté :

-e-learning et télé-enseignement (local et régional) ;

-séminaires ;

-simulation ;

-travaux dirigés.

4.3. Connaissances et compétences à acquérir :

A l'issue de la phase, les connaissances et compétences génériques décrites aux articles 2 à 4 du présent arrêté sont acquises.

Les compétences spécifiques sont les suivantes :

-mettre en œuvre des soins partagés ;

-indiquer utilement des associations de soutien (associations d'usagers, de familles d'usagers), des livres et autres publications au contenu adapté, des sites internet d'information fiables.

L'étudiant rédige les différents types de certificats mais n'est en aucun cas habilité à le faire seul et à les signer.

4.4. Stages :

2 stages accomplis :

-soit dans un lieu hospitalier ou auprès d'un praticien-maître de stage des universités agréé à titre principal en psychiatrie ;

-soit sous la forme d'un stage mixte dans des lieux hospitaliers et/ ou auprès d'un praticien-maître de stage des universités agréés à titre principal en psychiatrie.

Les deux stages sont accomplis dans un lieu de stage ou auprès d'un praticien ayant une activité en psychiatrie.

Critères d'agrément des stages de niveau III :

En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte :

-service hospitalo-universitaire ou service hospitalier ayant un seuil d'encadrement adapté et s'inscrivant dans un projet pédagogique élaboré avec la commission pédagogique locale de la spécialité indiquant les activités et les moyens mis à disposition ;

-stage possible en cabinet de psychiatrie libérale ayant des critères d'encadrement définis dans le projet pédagogique élaboré avec la commission pédagogique locale de la spécialité indiquant les activités et les moyens mis à disposition ;

-stage possible dans une structure médico-sociale ou mixte (Maison des adolescents (MDA), Centre Ressources Autisme (CRA), Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMPS), Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP) ...) avec encadrement par un psychiatre senior dans le cadre d'un projet pédagogique élaboré avec et agréé par la commission pédagogique locale de la spécialité indiquant les activités et les moyens mis à disposition.

4.5. Evaluation :

Modalités de l'évaluation des connaissances :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

Soutenance et validation du mémoire de DES.

Modalités de l'évaluation des compétences :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

Evaluation réalisée par le senior qui a encadré l'étudiant, portant sur l'autonomie professionnelle de l'étudiant, sa capacité à mener et organiser un projet thérapeutique et à coordonner l'activité d'une équipe.

Obtention d'une certification européenne : l'option psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA) permet de réaliser 6 semestres en PEA, ce qui permet d'obtenir la certification européenne.

4.6. Modalités de validation de la phase :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

Soutenance et validation du mémoire.

5. Option psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA)

Durée : 2 semestres.

La validation du DES de psychiatrie avec option Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent requiert 10 semestres de formation, dont un minimum de 4 en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que la validation des critères d'organisation générale du DES de psychiatrie détaillés en 1.2.

Objectif de la formation :

En plus des connaissances et compétences incluses dans les sections 2,3 et 4 et des 2 stages accomplis dans un lieu agréé à titre principal en psychiatrie et ayant une activité en lien avec l'option, la formation théorique et pratique, permet aux étudiants d'acquérir les savoirs (théoriques), de maîtriser les aptitudes pratiques (savoir-faire), ainsi que les attitudes professionnelles (compétences relationnelles ou savoir être) leur conférant l'ensemble des compétences nécessaires et exigibles pour exercer la PEA.

Compétences :

- avoir acquis un socle de connaissances théoriques, spécialisées, actualisées, issues de la littérature scientifique et des recommandations internationales, et couvrant l'ensemble des dimensions de la PEA ;
- avoir acquis une expertise clinique lors des stages effectués dans des services agréés et être ainsi apte à exercer le métier de psychiatre en PEA ;
- avoir acquis une expérience du travail en partenariat (parents, professionnels de l'enfance, autres dispositifs sanitaires ou médico-sociaux) et être capable de s'adapter à différents lieux et modes d'exercice de la spécialité ;
- être capable de transmettre son savoir et son savoir-faire et être acteur de l'organisation de réponses pertinentes aux besoins en santé mentale de l'enfant et de l'adolescent sur le territoire.

Connaissances

En plus de la base commune au DES, l'enseignement théorique validant l'option PEA est organisé selon 6 thématiques :

1. Histoire de la PEA et présentation des différents courants de pensée et des pratiques.
2. Approche globale et intégrée du développement : connaissance du développement psychologique et neuro-développemental, connaissance de la perspective bio-psycho-sociale du développement, notion de trans-généralité, spécificités transculturelles, handicap, bases juridiques/ droits des enfants, connaissance des facteurs de risque des pathologies psychiatriques.
3. Spécificités et évolution des pathologies psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent : connaissance des caractéristiques des troubles selon les différentes périodes de la vie (périnatalité-petite enfance, âge scolaire, adolescence), présentation générale, épidémiologie, aspects cliniques et diagnostiques, principes thérapeutiques, prise en compte de la perspective développementale et connaissance des trajectoires des troubles au cours du temps, connaissance des facteurs de risque et prodromes des pathologies de l'âge adulte. Les différentes pathologies à connaître sont détaillées dans le référentiel métier de la PEA.
4. Interfaces avec les pathologies somatiques et chroniques et le handicap : connaissance des facteurs de risque médicaux associées aux pathologies psychiatriques et neuro-développementales ainsi que de l'orientation médicale appropriée pour la prévention et/ ou la prise en charge de ces facteurs. Approche interdisciplinaire pour le diagnostic et la prise en charge de ces troubles.
5. Modalités spécifiques de prise en charge adaptées à l'âge et au contexte : connaissance des principes nécessaires à la réalisation d'une évaluation diagnostique et fonctionnelle complète et appropriée d'un enfant (techniques d'entretien libres, standardisées et semi-standardisées et méthodes d'auto et hétéro-évaluations des symptômes et du fonctionnement). Savoir planifier, prescrire, coordonner et interpréter des évaluations pluridisciplinaires (orthophonie, psychologie et neuropsychologie, psychomotricité, ergothérapie, kinésithérapie, travail social et éducatif ...). Savoir créer et maintenir une relation thérapeutique efficace et savoir définir un plan de prise en charge adapté en collaboration avec l'enfant et sa famille : psychoéducation individuelle et familiale, éducation thérapeutique, approches psychothérapeutiques individuelles, groupales et familiales, bases des approches rééducatives, approches institutionnelles, traitements médicamenteux (psychoéducation, indications, surveillance clinique et biologique), innovations et perspectives.
6. Organisation de l'offre de soins, territorialité et liens avec les structures non sanitaires (structures scolaires, médico-sociales, judiciaires, intégration soins/ éducatif), connaissance des différents modes d'intervention en PEA. Aspects médico-légaux de la pratique pédopsychiatrique (signalements, placements, expertises). Etre capable de repérer des situations à risque et connaître les démarches médicales et médico-légales à mettre en œuvre.

L'enseignement théorique peut prendre la forme de cours magistraux, de séminaires, d'ateliers pratiques et de participation à des colloques, journées d'étude ou congrès.

Conditions d'agrément spécifiques des stages de PEA :

En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte notamment la localisation, le type de patients, le niveau d'encadrement et la qualification en PEA des médecins référents de stage.

Le niveau d'encadrement de l'étudiant suit l'évolution des 3 phases du DES.

Prérequis de parcours pour s'inscrire à l'option PEA :

-réalisation d'au moins un semestre de stage en PEA au cours de la phase socle ou de la phase d'approfondissement ;

-2 stages accomplis dans un lieu agréé à titre principal en psychiatrie et ayant une activité en lien avec l'option.

Modalités de l'évaluation des connaissances de l'option PEA :

-examen écrit et/ ou oral ;

-soutenance et validation du mémoire de DES portant obligatoirement sur une thématique de PEA.

Modalités de l'évaluation des compétences de l'option PEA :

-entretiens mensuels de supervision entre l'étudiant et le psychiatre référent, incluant l'évaluation de ses compétences ;

-acquisitions tracées sur le portfolio numérique.

L'option de PEA est validée par :

-l'accomplissement des différents stages requis et définis dans la maquette générale de l'option ;

-la soutenance d'un mémoire, qui peut prendre la forme d'un article de recherche ou d'un projet clinique, avant la fin de la cinquième année d'internat ;

-la réalisation de 6 semestres en PEA permet l'obtention de la certification européenne de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

6. Option Psychiatrie de la personne âgée (PPA)

Durée : 2 semestres.

Objectif de formation :

Pour le DES de psychiatrie avec option en Psychiatrie de la personne âgée, 10 semestres validés dont au moins 3 dans un lieu de stage avec encadrement universitaire (psychiatrie d'adulte et/ ou psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et/ ou psychiatrie de la personne âgée) et au moins 2 dans un lieu de stage sans encadrement universitaire, et composés comme suit : 4 en psychiatrie d'adulte, 1 en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 1 en psychiatrie de la périnatalité ou de l'adolescent ou de la personne âgée ou en addictologie, 2 en psychiatrie de la personne âgée, 1 stage hors spécialité en service de médecine d'orientation gériatrique, (ou 1 stage ayant un agrément à titre principal ou complémentaire au titre de la psychiatrie de la personne âgée et un agrément à titre principal ou complémentaire au titre d'une spécialité de médecine somatique d'orientation gériatrique), 1 stage libre (de préférence accompli dans un lieu ayant une activité en en addictologie, en explorations fonctionnelles et imagerie, en génétique clinique, en gériatrie, en médecine interne, en médecine légale, en neurologie, en pédiatrie, en pharmacologie clinique, en psychiatrie d'adulte, en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, en psychiatrie de la personne âgée ou en santé publique).

Compétences

-établir avec le sujet âgé une bonne relation médecin-patient, basée sur une communication de qualité tenant compte des particularités liées à l'âge du patient ;

-repérer et prendre en compte les spécificités cliniques, les comorbidités somatiques, les altérations sensorielles, les dimensions cognitives et le contexte de vie du patient ;

-connaître et savoir recourir aux explorations complémentaires spécifiques à la PPA (bilan neuropsychologique, imagerie ...) et aux stratégies thérapeutiques spécifiques ;

-collaborer régulièrement et efficacement avec les autres professionnels impliqués, en connaissant leurs modalités d'organisation et de fonctionnement, et leurs propres champs de compétences ;

-évaluer le niveau de compréhension du patient et sa capacité décisionnelle, afin d'être en mesure de l'informer sur ses soins de manière adéquate, en respectant son libre arbitre, et de prendre des décisions dans le respect des règles déontologiques ;

-rechercher et tenir compte des croyances (religieuses, culturelles ...) du patient, de ses attentes et de son vécu face à la maladie et au vieillissement ;

-repérer les situations de négligence et de maltraitance et participer au respect de l'intimité, de la dignité et de la bientraitance du patient ;

-prendre en considération l'entourage du patient, les aidants, afin de recueillir un complément d'informations sur le patient et ses troubles, mais également pour repérer les situations d'épuisement de l'entourage et proposer le soutien spécialisé éventuellement nécessaire ;

-favoriser, notamment par les actions précédemment listées, l'acceptation par le patient et son entourage

des soins proposés et leur observance ;

-interagir et connaître le fonctionnement et l'organisation des différentes structures susceptibles de faire appel au psychiatre expert en PPA, qu'elles soient sanitaires (services MCO, USLD, visites à domicile par exemple après signalement ou en articulation avec un service de Psychiatrie de secteur ...) ou qu'il s'agisse d'établissements médicosociaux (EHPAD ...) ou encore de structures associatives et/ ou municipales (Centres Locaux d'Information et de Coordination pour personnes âgées [CLIC], Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer [MAIA] ...);

-participer, au sein d'un établissement, à l'évaluation des démarches qualité et à l'amélioration des mesures de soins et de sécurité lorsqu'elles concernent les sujets âgés ;

-participer à une démarche de prévention, en connaissant les interlocuteurs susceptibles, sur un territoire donné, de diffuser des messages d'information ou d'organiser des campagnes de sensibilisation destinés aux populations cibles composées de sujets âgés potentiellement à risque de présenter des troubles psychologiques ou psychiatriques.

Connaissances :

-histoire de la PPA et présentation des différents courants de pensée et de pratiques ;

-approche globale et intégrée du vieillissement : comorbidités somatiques, contexte social et enjeux sociétaux, événements de vie (changement de lieu de vie, entrée en institution, deuils ...), déterminants psychologiques, enjeux relationnels (famille, entourage, aidants), questions liées à la fin de vie, protections juridiques ... ;

-spécificités et évolution des pathologies psychiatriques lors du vieillissement ;

-spécificités des pathologies psychiatriques de survenue tardive ;

-maladies neurodégénératives et cérébrovasculaires :

-1. Présentation générale : épidémiologie, aspects cliniques et diagnostiques, principes thérapeutiques ;

2. Symptômes psychologiques et comportementaux associés dont le psychiatre en PPA doit acquérir et maîtriser toutes les spécificités qu'elles soient diagnostiques ou thérapeutiques ;

-modalités spécifiques des prises en charge adaptées au sujet âgé (traitements médicamenteux, biologiques autres, psychothérapies, innovations et perspectives [télémédecine ...]) ;

-organisation de l'offre de soins, territorialité et liens avec les structures non sanitaires.

Conditions d'agrément spécifiques des stages de PPA :

En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte :

-structure hospitalière ou médico-sociale accueillant des patients âgés de 65 ans et plus ;

-le fait que l'activité de l'étudiant doit être consacrée au moins à 75 % à la prise en charge de patients de plus de 65 ans présentant des troubles psychiatriques vieillissant ou d'apparition tardive et/ ou des patients présentant des symptômes psycho-comportementaux des démences.

Prérequis de parcours pour s'inscrire à l'option PPA :

-réalisation d'au moins un semestre de stage en PPA au cours de la phase socle ou de la phase d'approfondissement ;

-2 stages accomplis dans un lieu agréé à titre principal en psychiatrie et ayant une activité en lien avec l'option.

Modalités de l'évaluation des connaissances de l'option PPA :

-examen écrit et/ ou oral ;

-soutenance et validation du mémoire de DES sur une thématique de PPA obligatoirement.

Modalités de l'évaluation des compétences de l'option PPA :

-entretiens mensuels entre l'étudiant et le psychiatre référent lors des entretiens de supervision

spécifiquement dédiés à l'évaluation de ses compétences ;

-acquisitions tracées sur le portfolio numérique.

Liste des sigles

| | |
|---------|--|
| AFPA | Association française des pédiatres ambulatoires |
| ANPDE | Association nationale des puéricultrices diplômées d'Etat |
| AP | Auxiliaire de puériculture |
| ARS | Agence régionale de santé |
| BL | But lucratif (établissement) |
| BNL | But non lucratif (établissement) |
| BSEM | Bilan de santé en école maternelle |
| CAP | Certificat d'aptitude professionnelle |
| CDD | Contrat à durée déterminée |
| CDOM | Conseil départemental de l'ordre des médecins |
| CEEPAME | Comité d'entente des écoles préparant aux métiers de l'enfance |
| CHG | Centre hospitalier général |
| CHR | Centre hospitalier régional |
| CHU | Centre hospitalier universitaire |
| CNOM | Conseil national de l'ordre des médecins |
| CNPP | Conseil national professionnel de pédiatrie |
| CPAM | Caisse primaire d'assurance maladie |
| CPTS | Communauté professionnelle territoriale de santé |
| CSP | Code de la santé publique |
| DES | Diplôme d'études spécialisées |
| DIU | Diplôme interuniversitaire |
| DREES | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques |
| DROM | Départements et régions d'Outre-Mer |
| DU | Diplôme universitaire |
| DUMG | Département universitaire de médecine générale |
| EAJE | Etablissement d'accueil de jeunes enfants |
| ECTS | European credit transfer system |
| EJE | Educateur de jeunes enfants |
| EMG | Etudiant de médecine générale |
| ETP | Equivalent temps plein |
| FMC | Formation médicale continue |
| FNO | Fédération nationale des orthophonistes |
| FOF | Fédération des orthophonistes de France |
| FST | Formation spécialisée transversale |
| HAS | Haute autorité de santé |
| HCSP | Haut conseil de la santé publique |
| HDJ | Hôpital de jour |
| IADE | Infirmier(e) anesthésiste diplômé(e) d'Etat |
| IBODE | Infirmier(e) de bloc opératoire diplômé(e) d'Etat |
| IDE | Infirmière diplômée d'Etat |
| IFSI | Institut de formation en soins infirmiers |
| IGAS | Inspection générale des affaires sociales |
| MCO | Médecine chirurgie obstétrique |
| MCU-PH | Maître de conférence des universités – Praticien hospitalier |
| MDPH | Maison départementale des personnes handicapées |
| MECS | Maison d'enfants à caractère social |
| MSU | Maître de stage des universités |
| NGAP | Nomenclature générale des actes professionnels |
| OCDE | Organisation de coopération et de développement économique |
| ONDPS | Observatoire national de la démographie des professions de santé |
| PDE | Puéricultrice diplômée d'Etat |
| PEA | Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent |
| PMI | Protection maternelle et infantile |

| | |
|-------|---|
| PU-PH | Professeur(e) des universités – Praticien hospitalier |
| RPPS | Répertoire partagé des professionnels de santé |
| SAE | Statistique annuelle des établissements |
| SFP | Société française de pédiatrie |
| SPF | Santé publique France |
| SU | Service d'urgence |
| Tpar | Temps partiel |
| Tpl | Temps plein |
| UNAF | Union nationale des associations familiales |
| VAD | Visite à domicile |
| VAE | Validation des acquis par l'expérience |

Composition du groupe de travail :

Isabelle Claudet, Cheffe de service urgences pédiatriques, CHU de Toulouse, co-présidente du groupe de travail permanent et transversal *politique globale et concertée en santé de l'enfant (GTP santé de l'enfant)*, **pilote**

Yannick Aujard, HCSP, CS3SP, membre du *GTP santé de l'enfant*

Agathe Billette de Villemeur, HCSP, CSMC, *GTP santé de l'enfant*

Florence Bodeau-Livinec, épidémiologiste, enseignant-chercheur à l'EHESP, *GTP santé de l'enfant*

Laure Com-Ruelle, HCSP, CSMC, *GTP santé de l'enfant*

Emmanuel Debost, HCSP, CSMIME *GTP santé de l'enfant*

Pascale Duché, CSMC, co-présidente du *GTP santé de l'enfant*

Thierry Lang, HCSP, Collège, membre du *GTP santé de l'enfant*

Claire Marchand Tonel, puéricultrice, membre du *GTP santé de l'enfant*

Liste des structures et personnes auditionnées

| Structures | Professionnels |
|--|--|
| Past-présidente Société Française de Pédiatrie (SFP), rapporteure du rapport sur la pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France 2021 | Brigitte CHABROL |
| Présidente de la Société Française de Pédiatrie (SFP) | Christèle GRAS-LE-GUEN |
| Professeure de médecine générale à la faculté de médecine Sorbonne Université Membre de l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé , responsable du groupe « Inégalités sociales de santé » au Collège de la médecine générale | Gladys IBANEZ |
| Présidente et Vice-présidente chargée à la vie professionnelle, Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) | Anne DEHÊTRE Alice PERDEREAU |
| Présidente de l'Association Nationale des Puéricultrices Diplômées d'Etat (ANPDE) | Brigitte PREVOST-MESLET |
| Présidente du Comité d'Entente des Ecoles préparant aux diplômes d'état de puéricultrice et d'auxiliaire de puériculture (CEEPAME) | Guylaine BABCHIA |
| Co fondatrices du collectif Je suis infirmière puéricultrice (CJSIP) Vice-Présidente du CJSIP et administratrice de l'ANPDE | Katia SABY Claire ROYER DE LA BASTIE Estelle LEDON |
| Présidente de l'Association Française des Pédiatres Ambulatoires (AFPA) | Fabienne KOCHERT |
| Administratrice de l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) , présidente du département Santé, Protection sociale, Autonomie coordonnateur du pôle de protection sociale santé à l'UNAF | Marie-Pierre GARIEL Nicolas BRUN |
| Présidente et Vice-présidente de la Fédération des Orthophonistes de France (FOF) | Guillemette AUBIN-VIARD Nicol BOULIDARD |
| Président du Collège des infirmier(e)s puéricultrices (teur) (CIP) | Charles EURY |
| Secrétaire fédérale de la Fédération des Orthophonistes de France (FOF) et sa trésorière | Fabienne VOISEUX Edwige PERRAY |
| Ex-président de l'association des Juniors en Pédiatrie (AJP) | Maxime BACQUET |
| Présidente du Conseil National Professionnel des Psychomotriciens (CNPP) | Françoise GIROMINI |

| | |
|--|---|
| Conseillère médicale de la directrice générale de l'Offre de soins (DGOS) | Sophie AUGROS |
| Sous-directrice de la régulation | Sophie ESCALON |
| Adjointes à la sous- directrice de la régulation de l'Offre de soins (DGOS) | Claire-Lise BELLANGER-MAUFFRET Anne HEGOBURU |
| Cheffe de bureau plateaux techniques et prises en charge hospitalières aiguës (DGOS) | Céline CASTELAIN-JEDOR |
| Conseillère médicale du bureau plateaux techniques et prises en charge hospitalières aiguës (DGOS) | Elisabeth CARRICABURRU |

Autres sollicitations

| | |
|---|----------------------|
| Présidente de l'ANAP (association nationale des auxiliaires de puériculture) | Françoise CANGUILHEM |
| Président de la Fédération des Associations générales étudiantes (FAGE) | Paul MAYAUX |
| Collège Nationale des Sages-Femmes (CNSF) | Adrien GANTOIS |

Rapport produit par le HCSP

Le 28 avril 2022

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr