



ACEPP (Association des Collectifs Enfants Parents Professionnels), **ANAPSY-pe** (Association Nationale des Psychologues pour la Petite Enfance), **ANPDE** (Association Nationale des Puéricultrices Diplômées et des Etudiantes), **ANSFT** (Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales), **ATD Quart Monde**, **Fédération CFDT-Interco**, **Fédération CGT des services publics**, **CSF** (Confédération Syndicale des Familles), **FNEJE** (Fédération Nationale des Educateurs de Jeunes Enfants), **SNMPMI** (Syndicat National des Médecins de PMI), **SNUTER-FSU**, **SUD collectivités territoriales**, **UFNAFAAM** (Union Fédérative Nationale des Associations de Familles d'Accueil et Assistantes Maternelles), **UNIOPSS** (Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux)

Audition par la Commission des 1000 premiers jours (19 décembre 2019)

INTRODUCTION :

La dynamique développementale du jeune enfant au cours des "1000 premiers jours" et le cheminement parental durant cette période s'inscrivent très précisément dans le champ de compétences et de missions des services de PMI. Lors des ateliers "1000 jours" de la Délégation interministérielle à la transformation publique, le rôle notable de la PMI pendant ces 1000 premiers jours a été souligné par de très nombreux acteurs présents, en terme de prévention et de promotion de la santé familiale et infantile. C'est à titre que nous présentons à la commission des 1000 premiers jours les propositions qui suivent pour contribuer à améliorer le parcours de santé et de développement des enfants et de leur famille dans ces temps fondateurs de l'existence des tout petits.

PROPOSITIONS :

1) Prioriser des problématiques en santé périnatale et petite enfance :

- * La prévention dans le domaine des **interactions précoces parents-bébé** et de la **santé psychique et mentale des femmes enceintes et des jeunes enfants** (*illustration par les visites à domicile des sages-femmes et des puéricultrices, les actions de soutien à l'allaitement, le travail transdisciplinaire d'accompagnement "de la vie quotidienne" autour du sommeil, de l'alimentation, des pleurs du bébé..., les entretiens individuels ou en groupe avec des psychologues, des psychomotriciens, les ateliers parents-bébés, les lieux d'accueil parents-enfants, l'accompagnement vers un mode d'accueil, les actions collectives autour de la lecture, de la musique, du jeu, de l'éveil moteur,...*).
- * La prévention et la prise en charge précoce concernant **les troubles sévères du développement, le handicap et les maladies chroniques** (*exemples du dépistage des troubles sensoriels, des troubles du langage, de la participation de la PMI à la mise en place d'ERTL 4 ou du livret de repérage et de dépistage des TND, du travail avec les réseaux des nouveau-nés vulnérables, de l'accompagnement des enfants en situation de handicap et de leurs parents dans les soins et la vie sociale...*).
- * La prévention en pré et post-natal concernant les **déterminants environnementaux** nocifs pour la santé et le développement (*multiples initiatives en cours, cf. flyer de prévention en direction des femmes enceintes et des parents de bébés par l'ARS de Nouvelle-Aquitaine¹ et livret pour des mesures environnementales en EAJE²*).

¹ https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-2/Flyer_ARS_SSE_Papa_Maman_02_2018.pdf

² https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Guide_Recocrecche_petite_enfance_0.pdf

- * La lutte contre les **inégalités de santé** et notamment contre les effets de la précarité des conditions de vie sur la santé des enfants et des familles (*exemples de l'accès aux droits pour les femmes enceintes, de la lutte contre l'habitat insalubre,...*).

Problématiques auxquelles il convient d'associer celles relatives à la promotion de la **santé sexuelle et reproductive** notamment dans leur dimension d'anticipation de la conjugalité et de la parentalité.

2) Favoriser les parcours de santé et de développement des enfants et des familles, en instituant une instance comme cadre de référence et de coordination en santé publique périnatale et de la petite enfance sur les territoires (bassins de vie) :

- * Elle serait chargée de **promouvoir l'effectivité et la continuité des parcours de prévention, de dépistage, de diagnostic et de prise en charge**, notamment relatifs aux problématiques de santé en s'appuyant sur l'articulation de tous les partenaires, la coopération des professionnels, services et institutions concernées par le parcours de suivi préventif et curatif de la femme enceinte et celui de l'enfant.

Ce cadre de référence et de coordination couvrirait la période des 1000 premier jours et des 1500 suivants (grossesse et petite enfance jusqu'à 6 ans) : les enjeux de continuité entre le pré et le post natal, la dynamique développementale propre aux jeunes enfants de la naissance à six ans, le passage des modes d'accueil à école maternelle, sont parmi les éléments qui justifient d'entourer et de soutenir les parcours de santé et de développement de l'enfant dans un continuum des 1000 premiers jours et des 1500 suivants .

Cette orientation pourrait en quelque sorte se traduire par une fonction d'**animation de Communautés territoriales professionnelles de santé consacrées à la période périnatale et de la petite enfance**.

- * **Les services et équipes de PMI et de planification familiale, à condition de pouvoir assumer pleinement leurs activités propres et donc d'être revitalisés (cf. point 3), pourraient assurer cette mission de référence et de coordination sur la période des 1000 jours & des 1500 suivants** (éventuellement en co-animation avec les ARS ?), et également **contribuer sur la période de l'adolescence** (au titre de ses missions de planification et d'éducation familiale).

En effet **la PMI**, service public de prévention et de promotion de la santé, **répond à plusieurs critères favorables pour constituer un cadre de référence et de coordination** en santé publique périnatale et de la petite enfance : approche globale médicale, psychologique et sociale des phénomènes de santé, interventions dans une perspective d'« universalisme proportionné », pluridisciplinarité et partenariat très diversifié, connaissance des réseaux locaux, double compétence : santé publique – promotion de la santé et actions de santé individualisées, ancrage dans les divers milieux de vie de l'enfant et de sa famille, service de santé avant tout mais ayant de fortes proximités avec les politiques sociales et éducatives, ...

- * Une réflexion ultérieure du même ordre pourrait prendre en compte la **période préconceptionnelle** (c'est le champ de la planification et de l'éducation familiale auprès des jeunes, avec notamment un travail sur la représentation de la parentalité à l'adolescence) et **la période de 7 à 11-12 ans** (plusieurs rapports ont alerté sur la relative déshérence en matière de prise en charge de santé préventive touchant ces enfants).

3) Revitaliser le dispositif de PMI (application effective du rapport de Madame Peyron, députée³), non comme une sous-partie de la politique de prévention de la maltraitance ou de lutte contre la pauvreté, mais **comme une politique et des services de prévention et de promotion de la santé généraliste et universelle** intégrant notamment les problématiques de santé énumérées au point 1 (cf. en annexe la synthèse de notre contribution au rapport de Madame Peyron).

4) Appliquer aux politiques publiques de santé et de développement de l'enfant et de parentalité, notamment lors des 1000 premiers jours, une juste acception de la démarche d'universalisme proportionné⁴, à savoir :

- * **S'adresser à tous**, tout en portant une **attention particulière à des populations rencontrant des difficultés spécifiques** (handicap, précarité sociale, isolement...).
- * **Distinguer d'une part la notion de facteurs de risques** statistiques auxquels sont exposés des populations ou des groupes, et d'autre part **la réalité du parcours individuel** de l'enfant ou de sa famille. Ceux-ci sont soumis, selon la nature de ces facteurs de risque et selon leurs propres ressources et celles de leur environnement, à un **gradient de déterminisme** allant du plus relatif vers le plus absolu.
- * Mettre en place en conséquence **d'une part des politiques publiques générales ciblées** visant à diminuer l'exposition de populations ou de groupes aux facteurs de risque, et **d'autre part des actions particularisées ajustées** aux situations individuelles qui combinent la lutte contre l'exposition à ces facteurs de risque et le soutien à la problématique singulière liée à l'histoire et au cheminement de chaque enfant et de sa famille.
- * Entourer dans cette perspective les bébés et les parents par une **offre d'accompagnement pluridisciplinaire**, selon leur attentes, demandes et besoins : en santé, puériculture, pédagogie, psychologie, etc., et rendre effective l'**accessibilité aux groupes de pairs...** Ceci afin d'**adapter les messages généraux de santé publique**, dans une perspective d'éducation pour la santé et d'**accompagnement des parents "sur-mesure"**, qui réponde à leurs questionnements très singuliers, ménage un espace d'expression pour leurs inquiétudes et leurs préoccupations, et dégage face aux difficultés des points d'appui investis et mobilisables par l'enfant et son entourage.
- * A titre d'illustration, les conseils en matière de diversification alimentaire, basés sur un état donné des connaissances au temps T, sont en pratique clinique adaptés aux habitudes familiales ou culturelles et ajustés aux problématiques propres de la famille à laquelle on s'adresse⁴ (2ème alinéa). Autre exemple l'appréciation d'un retard de langage prend en compte la réalisation de tests standardisés (type ERTL4) mais demande également à être contextualisée, par exemple en cas de bilinguisme.

³ <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf>

⁴ Selon l'IGAS (rapport RM2011-065P, mai 2011) : *"les actions en direction des enfants et de leurs familles sont organisées selon une logique d'universalisme proportionné : tout ménage peut disposer du même socle d'intervention, complété par des prestations spécifiques en fonction de ses besoins particuliers. Ces besoins doivent être appréciés le plus individuellement possible, de façon à ce que l'accompagnement des familles ne conduise pas à une stigmatisation de populations qui seraient considérées « à risque »" (...)*

"Une étude du centre d'analyse stratégique publiée en mars 2010 a souligné les effets pervers [de la prescription de comportements aux personnes] : des messages trop culpabilisants en matière de comportement alimentaire peuvent ainsi avoir un effet fortement anxiogène pour les individus les plus fragiles".



ANNEXE

Synthèse des arguments et propositions de la plate-forme "Assurer l'avenir de la PMI"⁵

Contribution à la mission de Michèle Peyron, députée – novembre 2018

► Gouvernance de la PMI-planification familiale

- ➡ Assurer la co-production de la politique de PMI entre l'État et les départements dans le cadre d'un Comité d'Animation Nationale des Actions de PMI (CANA-PMI) doté d'une assise réglementaire
- ➡ Maintenir les missions de PMI-planification familiale confiées aux départements en mettant en place un mécanisme de co-responsabilité avec les ARS, et en assurant un financement fléché (État, assurance-maladie) des activités de PMI-PF, ainsi que le soutien à la démographie des professions de santé contribuant à la PMI

► Calendrier et réalisation des examens obligatoires de l'enfant

- ➡ Passer à 22 examens obligatoires dont 19 avant l'âge de 6 ans
- ➡ Articuler de façon concertée les temps d'intervention des médecins et des puéricultrices pour réaliser ces examens obligatoires entre les âges de 15 jours et 6 ans : sur la base de 12 examens au moins assurés par les médecins et jusqu'à 6 par les puéricultrices (leur rythme d'intervention étant modulé selon les besoins propres à chaque enfant)
- ➡ Faire prendre en charge, dans ce cadre, les examens réalisés par les puéricultrices par l'assurance maladie

► Evolution des normes réglementaires de la PMI

- ➡ Réactualiser les normes réglementaires afin d'obtenir une couverture attendue en termes de consultations, de visites à domicile, de bilans de santé, à ajuster aux caractéristiques socio-démographiques et sanitaires des départements
- ➡ Fixer à ce titre des normes réglementaires minimales, à l'atteinte desquelles contribuera un financement dédié de la part de l'État via les ARS

⁵ Cf. la contribution in extenso sur :

http://www.assureravenirpmi.org/Doc/contribution_plateforme_assureravenirPMI_missionPeyron_nov2018.pdf

► Financement fléché pour les activités de PMI-planification familiale

- Assurer un financement socle de l'offre de service de PMI-planification familiale en le liant à une couverture minimale d'offre de service attendue en fonction d'indicateurs socio-démographiques et de santé
- Compléter ce financement socle par les remboursements d'actes par l'assurance maladie incluant toutes les prestations en matière de protection infantile, de protection maternelle et de planification familiale, qu'il conviendrait d'élargir en prévoyant la prise en charge par l'assurance maladie des actes des puéricultrices et la prise en compte des actes pratiqués en équipes par les professionnels de PMI
- Assurer des modalités de financement des actions collectives et de la participation de la PMI aux actions partenariales et à la coordination et la continuité des soins

► Unicité des services de PMI et organisation territoriale

- Maintenir ou rétablir des services de PMI et de planification familiale structurés au sein des organisations départementales, en charge des missions inscrites au code de la santé publique, dirigés par un médecin et comprenant des personnels médicaux, paramédicaux, psychologiques, éducatifs et sociaux
- Organiser l'articulation fonctionnelle territorialisée des équipes de PMI avec celles chargées de l'action sociale départementale et de l'aide sociale à l'enfance, dans le respect d'exercice des missions de PMI inscrites au code de la santé publique

► Démographie, statut, rémunération, formation des professionnels de PMI

- Revaloriser les statuts et salaires des professionnels de PMI au niveau de leurs homologues du curatif, notamment en alignant la grille des médecins territoriaux sur celle des praticiens hospitaliers
- Définir un cadre d'exercice des puéricultrices reconnaissant pleinement leurs compétences
- Promouvoir la place dans les services de PMI de professions précieuses pour l'offre de prévention pluriprofessionnelle de PMI, telles les psychologues, les éducateurs de jeunes enfants, les auxiliaires de puériculture, les psychomotriciens...
- Définir un réel statut pour les conseillères conjugales et familiales
- Inclure les enjeux de formation et de curriculum des métiers exerçant en PMI, former à la prévention en santé familiale et infantile et faire connaître la PMI pendant l'ensemble des cursus conduisant à ces métiers, notamment au cours des spécialités de pédiatrie, gynécologie, santé publique, médecine générale

► Modes d'accueil : missions du service de PMI

- Maintenir les missions d'agrément, d'avis, d'autorisation, de contrôle et d'accompagnement des modes d'accueil du jeune enfant par le président du Conseil départemental, sur instruction des services de PMI pour ce qui relève de leurs compétences en matière de santé et de développement du jeune enfant, et d'adaptation du mode d'accueil à ces enjeux