



## AUDITION DU SYNDICAT NATIONAL DES MÉDECINS DE PMI PAR LE DEFENSEUR DES DROITS

Juin 2018

Le Défenseur des droits a sollicité pour une audition le Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile (SNMPMI) dans le cadre de la préparation du rapport annuel portant sur la petite enfance. Les points suivants ont été retenus par le SNMPMI comme nécessitant une attention particulière du Défenseur des droits dans ce domaine.

### Conditions de vie des enfants et impacts sur la santé

On lira en annexe 1 quelques données sociodémographiques concernant la santé de l'enfant<sup>1</sup>.

Le Comité des droits de l'enfant (CRC) de l'ONU, dans ses observations finales concernant le 5<sup>e</sup> rapport périodique de la France (23/2/2016)<sup>2</sup> - chapitre consacré à la santé - recommande à la France « *de faire de l'éradication de la pauvreté des enfants une priorité nationale* ».

L'IGAS désignait en 2011 les problématiques de la pauvreté-précarité et de la qualité sanitaire du logement comme particulièrement génératrices d'inégalités de santé dans l'enfance<sup>3</sup>. L'action publique pour améliorer les conditions de vie des enfants et des familles en situation économique et/ou sociale défavorable<sup>4</sup> est consubstantielle de toute politique en faveur de la santé des enfants et de la réduction des inégalités en ce domaine. Les acteurs de PMI en sont témoins au quotidien.

Le SNMPMI a ainsi participé à la récente concertation gouvernementale sur la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes. Nous y avons notamment défendu deux propositions :

1) définir un principe et des modalités d'un droit opposable pour accéder à un mode d'accueil au minimum à partir de l'âge de un an et sur au moins deux jours d'accueil par semaine (ou quatre demi-journées), et d'en assurer la gratuité des deux premiers jours hebdomadaires d'accueil pour les familles se situant jusqu'à un certain seuil de revenus (à déterminer sur la base du quotient familial ou du crédit d'impôt...). Les familles se situant au-dessus de ce seuil bénéficieraient du même droit opposable mais sans cette première marche de gratuité.

2) renforcer le réseau de la Protection Maternelle et Infantile qui est un très bon dispositif de lutte contre les inégalités sociales de santé (cf. point suivant) et assurer l'accès aux droits pour les familles les plus précaires qui peuvent être éloignées des dispositifs de suivi comme les services de PMI, en formalisant un partenariat avec des acteurs (associations ou institutions plus proches de ces familles) pouvant être médiateurs et en institutionnalisant ces partenariats.

---

<sup>1</sup> Données issues du document du Conseil National Professionnel de Pédiatrie et de la Société Française de Pédiatrie : *Présidentielle 2017 La santé des enfants : une priorité pour la société*, consultable sur :

[http://www.sfpediatrie.com/sites/default/files/actualites/20170216\\_les\\_propositions\\_du\\_cnpp\\_pour\\_la\\_sante\\_de\\_le\\_nfant\\_vdef.pdf](http://www.sfpediatrie.com/sites/default/files/actualites/20170216_les_propositions_du_cnpp_pour_la_sante_de_le_nfant_vdef.pdf)

<sup>2</sup> [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/FRA/CO/5&Lang=Fr](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/FRA/CO/5&Lang=Fr)

<sup>3</sup> Alain LOPEZ, Marguerite MOLEUX, Françoise SCHAEZEL, Claire SCOTTON. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance*. Inspection générale des affaires sociales. Rapport RM2011-065P. Cf. page 25

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000581.pdf>

<sup>4</sup> Le CRC de l'ONU cite « *en particulier les enfants et les familles touchés par la crise économique qui vivent dans la pauvreté, les enfants des familles monoparentales et les enfants qui vivent dans des bidonvilles ou dans des « zones urbaines sensibles », les enfants des départements et territoires d'outre-mer et les enfants migrants non accompagnés.* » ainsi que « *les enfants roms et leur famille* ».

## Prévention et promotion de la santé

Concernant la période périnatale, celles de la petite enfance et de l'enfance, les services publics de prévention collective tels que la PMI (ainsi que la santé scolaire) ont au cœur de leurs missions et de leur organisation la politique et les actions de prévention et de promotion de la santé, ils en sont des acteurs majeurs. Les principes directeurs de la PMI sont : proximité, accessibilité, ancrage dans les milieux de vie, gratuité, pluridisciplinarité, approche globale médico-psycho-sociale, modalités d'actions variées, partenariat très diversifié, double compétence : santé publique – promotion de la santé et actions de santé individualisées. La PMI est donc un service de santé avant tout, mais ayant de fortes proximités avec les politiques sociales et éducatives. La PMI s'adresse à tous, tout en portant une attention particulière pour des populations rencontrant des difficultés spécifiques (handicap, précarité sociale, isolement...) - notion d'« universalisme proportionné » comme le préconise l'IGAS, cf. le rapport "Les inégalités de santé dans l'enfance" (2011)<sup>5</sup>. Or ces services se trouvent aujourd'hui en grande difficulté pour assurer ces activités. Le CRC de l'ONU a explicitement recommandé à la France « *de traiter d'urgence le problème de l'insuffisance des ressources et du manque de personnel, de structures et de services médicaux, en particulier à l'école et dans les centres de protection maternelle et infantile* »<sup>6</sup>.

Concernant la situation du dispositif de PMI, ses atouts, les raisons d'alerter et nos propositions pour son avenir se trouvent résumés dans la contribution à la mission de Michèle Peyron, cf. note 8 page suivante (nous ne traitons pas ici des difficultés propres de la santé scolaire). La nouvelle stratégie nationale de santé<sup>7</sup> fixe à cet égard explicitement les objectifs de "*renforcer le réseau de la protection maternelle et infantile*" et d'"*améliorer l'attractivité des statuts et des conditions d'exercice des professionnels de santé de protection maternelle et infantile et de médecine scolaire*".

Force est de constater que la mission de protection de l'enfance a particulièrement impacté l'ensemble des missions de la PMI. Nous assumons d'apporter à la protection enfance la contribution d'un service de santé compétent en périnatalité et petite enfance.

Cependant, les actions de prévention et de promotion de la santé (consultations infantiles, prénatales et de planification, bilans de santé en école maternelle, visites à domicile des sages-femmes et des puéricultrices en pré et post-natal, actions collectives d'éducation à la santé...) ont vu leur nombre diminuer.

C'est pourtant en amont de toute difficulté, au cours des rencontres avec les familles, dans un cadre de prévention primaire, que se crée le lien de confiance entre les parents et les professionnels. Les parents repèrent les professionnels de PMI comme personnes ressources et savent qu'ils peuvent les interpeller en cas de besoin. Pour exemple nous insistons sur le fait que le bilan de santé de 4 ans (et plus généralement le travail de la PMI en école maternelle) est le seul dispositif qui peut permettre de voir tous les enfants d'une classe d'âge tôt dans leur scolarité - à condition que les services de PMI disposent des moyens nécessaires permettant la réalisation de ce bilan de façon complète et approfondie - et donc de dépister des difficultés d'un enfant, quelles que soient ces difficultés, débouchant sur des propositions d'aide et d'accompagnement pour les enfants, les parents, voire les enseignants. Il serait illusoire de prétendre s'occuper des difficultés scolaires des enfants et de commencer à s'en préoccuper quand ils sont en CP. Le travail de repérage, de dépistage, de prise en charge et d'accompagnement est à commencer bien en amont.

---

<sup>5</sup> Inspection générale des affaires sociales. Alain Lopez, Françoise Schaetzel, Marguerite Moleux et Claire Scotton. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance*. Rapport RM2011-065P, mai 2011

<sup>6</sup> Op. cit. Page 1

<sup>7</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000036341354](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000036341354)

La diminution des actions de prévention constitue une perte de chances pour l'accès aux soins, l'éducation à la santé, l'autonomie du patient, la prise en charge de l'enfant par ses parents dans les meilleures conditions. Les actions individuelles et collectives permettent pourtant d'aborder dans un dialogue avec les futurs parents et parents une diversité de questions : alimentation, hygiène, sommeil, éveil, jeux, développement de l'enfant, sécurité du logement, dangers liés à l'environnement, utilisation des écrans, addictions, vaccinations, prévention des maladies...

Aujourd'hui les thématiques de prévention en santé familiale et infantile, pour lesquelles nous estimons que les pouvoirs publics devraient agir de façon prioritaire, relèvent des champs suivants : la politique de vaccination, la prévention en pré et post-natal concernant les déterminants environnementaux nocifs pour la santé et le développement, 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, le handicap et les maladies chroniques, la prévention dans le domaine de la santé psychique et mentale, la santé sexuelle et la planification familiale, les parcours de prévention et de prise en charge suite à des dépistages (troubles sensoriels, retard ou difficultés de langage...), la coopération des professionnels en intra et extra services de PMI autour du parcours de suivi préventif de la femme enceinte et celui de l'enfant, etc. Toutes thématiques qui croisent largement les quatre problématiques évoquées par le Haut Comité de Santé Publique dans son document sur la Stratégie Nationale de Santé : les risques sanitaires liés à l'augmentation prévisible de l'exposition aux polluants et aux toxiques, l'exposition de la population aux risques infectieux, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et ses conséquences, l'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétales.

Afin de pallier les difficultés que rencontre actuellement le dispositif de PMI et de pouvoir mieux nous engager sur ces thématiques de santé publique, nous proposons avec nos partenaires de la plate-forme "Assurer l'avenir de la PMI" (cf. contribution à la mission de Michèle Peyron<sup>8</sup>), de :

- ◆ Donner une assise réglementaire au Comité d'Animation Nationale des Actions de PMI,
- ◆ Instaurer un fonds de financement fléché vers les services de PMI,
- ◆ Travailler sur les enjeux de démographie des professionnels de santé en PMI, de statut, de rémunération et de formation,
- ◆ Stabiliser le cadre institutionnel des services de PMI en "sanctuarisant" l'existence des services de PMI,
- ◆ Développer la recherche sur les enjeux de prévention et promotion de la santé dans le champ de la PMI.

### **Prévention en santé et soutien à la parentalité**

Les équipes de PMI réalisent dans leur activité au quotidien des actions de "soutien à la fonction parentale" non explicitées en tant que tel mais bien réelles : accueils, pesées, consultations, visites à domicile, entretiens, sont autant de modalités d'entrée en relation avec les familles où celles-ci, à partir des questions qu'elles se posent et nous posent (portant par exemple sur les soins au nourrisson et à l'enfant, l'alimentation, le sommeil, les pleurs, les difficultés habituelles du développement,...), construisent certains pans de leur fonction parentale, en s'appuyant sur notre étayage professionnel. Cela suppose compétence (formation et accompagnement des pratiques), pluridisciplinarité et disponibilité. Ce travail se prolonge avec une offre parfois plus explicite par les équipes de PMI d'activités collectives s'inscrivant dans le soutien à la parentalité, telles que : accueils

---

<sup>8</sup> [http://www.assureravenirpmi.org/Doc/contribution\\_plateforme\\_assureravenirPMI\\_missionPeyron\\_nov2018.pdf](http://www.assureravenirpmi.org/Doc/contribution_plateforme_assureravenirPMI_missionPeyron_nov2018.pdf)

parents-enfants, groupes de paroles, ateliers massage, activités artistiques et culturelles, groupes de soutien à l'allaitement, ateliers de psychomotricité...

Ces activités de "soutien à la fonction parentale" s'adressent à tous les parents dans la perspective d'universalité des publics, elles s'intéressent naturellement à des parents qui présentent des difficultés d'ordre relationnel ou autre, il s'agit alors d'un accompagnement "ajusté" à des difficultés exprimées, repérées (ce qui est différent de la vision d'un accompagnement "ciblé" sur des personnes qui seraient définies a priori comme "fragiles" du fait de critères de risque statistiques ou sociologiques). Il y a donc là une réflexion à géométrie variable qui sollicite une élaboration constante dans les équipes et ne se contente pas de référentiels ou de critères prédéfinis.

Cette activité peut mobiliser des partenariats en interne et externe : social (assistants sociaux, techniciens de l'intervention sociale et familiale), modes d'accueil, sanitaire (maternités, unités mères-bébés, services de pédiatrie, CMP...),... Elle peut également être initiée alors qu'on ne s'y attend pas, par exemple à l'occasion des missions de planification familiale (en réponse aux demandes des adolescents lors d'interventions en collège-lycée qui interrogent leur position parentale future...).

La Direction générale de la cohésion sociale a consacré une partie de son rapport sur la PMI de 2016 aux activités de soutien la parentalité de ces services<sup>9</sup>.

### **Accès aux soins**

L'accès aux soins est un droit et une nécessité absolue pour l'enfant afin qu'il puisse bénéficier des examens de prévention dont certains font l'objet de certificats de santé (8<sup>e</sup> jour, 9<sup>e</sup> mois, 24<sup>e</sup> mois). Ces examens sont un moyen de suivre le bon développement de l'enfant dans sa globalité, de proposer précocement des prises en charge spécifiques le cas échéant et d'assurer les vaccinations nécessaires. Or, la démographie médicale sur le plan national et plus particulièrement dans certaines régions ne permet plus d'offrir un accès aux soins pour tous les enfants. Ainsi on peut constater que des pédiatres et des médecins généralistes refusent de nouveaux patients. Les familles ont régulièrement recours aux urgences pour des pathologies de ville.

Le même phénomène s'observe dans le domaine des soins en périnatalité. La pénurie de consultations en gynécologie-obstétrique de proximité conduit les femmes enceintes à n'y avoir recours qu'en extrême nécessité ou pathologie importante, au lieu d'y accéder pour un suivi de prévention et de prise en charge globale de leur grossesse. Ainsi le travail de prévention dans la période prénatale est insuffisant. Pour exemple l'entretien prénatal précoce (EPP), outil de prévention précoce pour une démarche globale de projet personnalisé de soins et d'accompagnement auprès des patientes, n'a bénéficié en 2016 qu'à 25% des femmes enceintes.

L'accès aux soins est un enjeu particulier pour les enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance. En effet, ces enfants, du fait de leur histoire, ont eu une carence de suivi médical et des ruptures de parcours de soins. Quand les enfants sont accueillis à l'ASE leurs besoins en soins, notamment psychiques, sont très importants, alors que l'adhésion des parents ou de l'enfant lui-même est souvent difficile à obtenir. Or, les structures de soins ne sont pas toujours adaptées pour accueillir ce profil de patients, et les réponses ponctuelles qui sont apportées entraînent de nouvelles ruptures dans les parcours de soins des enfants. Le résultat en est le retard de soins appropriés, avec un développement de retards

---

<sup>9</sup> Rapport de la DGCS "Protection maternelle et infantile, soutien à la fonction parentale, protection de l'enfance et modes d'accueil" :

[http://www.assureravenirpmi.org/Doc/Rapport%20PMI\\_DGCS\\_mai2016.pdf](http://www.assureravenirpmi.org/Doc/Rapport%20PMI_DGCS_mai2016.pdf)

d'acquisitions ou de pathologies, notamment psychiatriques. Lorsque la PMI sollicite des prises en charge au CAMSP ou en CMP les délais d'attente sont parfois très longs, de plusieurs mois. La charge de travail des CAMSP est telle, dans certains territoires que les enfants ne sont plus pris en charge après l'âge de 2 ans. Pour les enfants plus âgés, la PMI sollicite les CMP, qui eux aussi submergés de demandes, doivent établir des priorités. Les troubles présentés, parfois qualifiés de « sociaux » ne sont pas toujours perçus comme prioritaires. Il faut régulièrement, pour obtenir une prise en charge, argumenter que les troubles psychologiques des enfants confiés à l'ASE ne peuvent être soignés par la mesure de protection seule. Pourtant cette prise en charge doit être précoce pour prévenir des pathologies psychiatriques que l'on retrouve plus tard chez les enfants et adultes qui ont été confiés à l'ASE. Pour cela il est indispensable de renforcer les moyens alloués aux CAMSP et CMP et autres structures de soins pédopsychiatriques et psychiatriques.

### **Santé environnementale**

Les progrès des recherches scientifiques et notamment en épigénétique révèlent l'influence des facteurs environnementaux sur la santé de la population, avec une particularité sur les jeunes enfants du fait de leur vulnérabilité, et ce dès la vie intra-utérine. Or les familles sont encore très peu informées sur les différents risques que peuvent avoir certains comportements du quotidien sur la santé de leurs enfants.

Ainsi une vigilance doit être portée collectivement sur la qualité des éléments physiques et chimiques composant l'environnement de la femme enceinte et de l'enfant. Ceci nécessite un travail d'information et de formation auprès des professionnels de santé mais aussi un large programme de communication auprès de la population générale. Une véritable politique de prévention doit être définie et mise en œuvre après que la loi de modernisation du système de santé de 2016 a confié aux services de PMI l'organisation d' *"actions de prévention et d'information sur les risques pour la santé liés à des facteurs environnementaux, sur la base du concept d'exposome"*<sup>10</sup>.

Par ailleurs, les facteurs psychologiques, sociaux et culturels sont aussi à prendre en compte pour assurer à l'enfant un environnement favorable à son développement et à son épanouissement.

### **Santé mentale et psychique**

La santé mentale des enfants et des jeunes est un enjeu majeur pour leur avenir et leur entrée dans la vie adulte. Or les manques du dispositif de soins actuel sont de plusieurs niveaux.

Dès la période prénatale, la prise en charge des pathologies psychiatriques maternelles est insuffisante ou inadaptée. Ceci par défaut de repérage ou défaut de professionnels spécialistes lié aux problèmes de démographie médicale ou encore par défaut de formation des professionnels de santé dans ce domaine particulier de la périnatalité. Cette situation aboutit à la naissance d'enfants potentiellement en souffrance en raison de l'absence de prise en compte d'un environnement psychique délétère pour leur bon développement. S'y ajoute l'insuffisance de places dans les structures de soins et de prévention que sont par exemple les unités psychiatriques de soins mère-bébé, structures pourtant particulièrement favorables au tissage des échanges entre parents et enfant, dans le contexte d'une pathologie ou de troubles psychiatriques des parents. Le travail de coordination entre les

---

<sup>10</sup> Ce terme regroupe toutes les atteintes à la santé qui ne soient pas d'origine génétique et ce depuis la conception et sur toute la durée de vie, en intégrant non seulement l'environnement mais aussi les causes psychologiques et socio-économiques

services de psychiatrie et de PMI est aussi à renforcer pour permettre une prise en charge bienveillante et pour soutenir ces mères éprouvées.

Par ailleurs, dans l'enfance ou l'adolescence l'accès à des consultations ou à des structures spécialisées peut être compliqué dans certaines régions, ce qui amène à des retards de prise en charge, avec toutes les conséquences que cela peut avoir sur le développement et la chronicisation des pathologies, sur la déscolarisation ou la désocialisation des jeunes. Ce phénomène est encore plus aigu pour les enfants confiés à l'ASE.

La question des conduites addictives est un enjeu majeur chez les jeunes et ce dès l'enfance. Cela nécessite un travail de prévention auprès des familles et de soutien auprès des parents dans leur rôle éducatif.

Spécifiquement, la question de la consommation excessive des écrans est très présente chez les jeunes adolescents. Par ailleurs, l'exposition précoce et régulière du tout petit puis de l'enfant aux écrans (télévision, ordinateur, tablette, smartphone...) peut induire à court et moyen terme des troubles de l'acquisition du langage puis des apprentissages, des difficultés de concentration, des troubles du comportement. Le jeune enfant est d'autant plus sensible à cette exposition du fait de son immaturité neurosensorielle et psychique. Son développement psychoaffectif, son devenir scolaire et social peuvent être remis en cause. Une vigilance particulière doit donc être portée sur ce phénomène notamment chez le jeune et très jeune enfant. Un travail de prévention est nécessaire auprès des enfants mais également auprès des parents et de l'entourage de l'enfant.

### **Santé sexuelle**

Les lois de ces dernières années ont contribué à faciliter l'accès à l'IVG et à la contraception à l'ensemble de la population et particulièrement des mineurs, ainsi qu'à l'accès aux différents dépistages d'infections sexuellement transmissibles (IST). Cependant, dans les faits, un long parcours reste encore à faire.

En effet, concernant l'accès à la contraception et à l'IVG, la législation n'est pas appliquée de façon systématique par les professionnels de santé (anonymat, prise en charge à 100%, délivrance gratuite de pilules, choix des méthodes d'IVG dont l'IVG médicamenteuse), ce qui prive les jeunes, et notamment les mineures, de ce droit fondamental qu'est l'accès à la sexualité et à la maîtrise de sa fécondité. Ce défaut d'application de la loi est lié soit à la pénurie des professionnels de santé, soit à un manque de formation ou d'information des professionnels.

L'accès au dépistage des IST est insuffisant au vu des statistiques montrant le pourcentage important des patients porteur d'une sérologie positive sans en être conscient. Ce phénomène contribue à la propagation des IST.

Enfin la question des violences sexuelles faites aux femmes reste un enjeu primordial tant sur le volet préventif que répressif. Ainsi, les interventions faites auprès des lycéens montrent les erreurs de représentations que peuvent avoir les jeunes sur le respect de leur propre corps, le respect de l'autre, le respect du genre, et la confusion qui peut être faite entre la sexualité et la pornographie. De même, bien que des avancées aient été accomplies pour faciliter les démarches des femmes victimes auprès des autorités judiciaires, le parcours de ces femmes reste très inhomogène sur le territoire.

Un grand travail de prévention, de communication et de promotion de la santé doit être mené avec envergure sur le thème de la santé sexuelle, auprès de la population générale mais aussi auprès des professionnels de santé et de l'éducation nationale.

Enfin, il y a une grande inégalité selon les secteurs : sur certains territoires des lieux de consultations prénatales et de planification disparaissent, faute de professionnels de santé ; ailleurs se créent des Centres de santé sexuelle, qui au-delà du choix possible pour chacun(e)

de sa sexualité, de sa contraception, d'une grossesse, permet d'accompagner dès l'adolescence à une meilleure connaissance de son propre corps, du corps de l'autre, au respect de soi et de l'autre, pour une meilleure prévention des difficultés sexuelles trop souvent à l'origine des maltraitances conjugales et infantiles. Les professionnels des Consultations Périnatales et de Planification se forment à la sexologie. Ces dispositifs sont à encourager.

### **Handicap et enfance**

Le dépistage du handicap ou du risque de handicap chez le jeune enfant est primordial afin de pouvoir lui offrir une prise en charge adaptée, qui, mise en œuvre de façon précoce, pourra réduire le degré du handicap, et de sur-handicap, et assurer une qualité de vie optimisée pour l'enfant et sa famille. Sur ce chemin, les obstacles sont nombreux : insuffisance de mobilisation des institutions concernées pour la socialisation en milieu ordinaire, difficultés de l'accès aux soins pour ces enfants, manque de dispositifs adaptés. Des places supplémentaires dans les établissements spécialisés pour enfants sont à créer, ainsi que des postes de pédopsychiatres, d'orthophonistes, de psychomotriciens ou de kinésithérapeutes pour enfants, notoirement insuffisants dans la plupart des régions de France.

Le non-remboursement des actes d'ergothérapeutes, de psychomotriciens ou de psychologues reste également un frein pour l'accès aux soins des enfants, en particulier les plus défavorisés.

Par ailleurs, l'accès à la scolarité est un problème toujours très prégnant en école maternelle. L'institution n'a toujours pas pris la mesure de son rôle inclusif et les enseignants de ce fait se trouvent souvent démunis pour accueillir dans leur classe des enfants en situation de handicap. La formation des enseignants et la professionnalisation des AVS sont souvent très insuffisantes. Ceci met en difficulté tant les enseignants que l'enfant porteur de handicap et peut conduire à une déscolarisation précoce et une mise en grande difficulté de la famille.

L'accès aux modes d'accueil des jeunes enfants en situation de handicap est également à promouvoir et développer pour favoriser au maximum leur socialisation précoce en milieu ordinaire.

### **Autisme et enfance**

Au cours des consultations infantiles, des bilans de santé en écoles maternelles, mais aussi dans ses missions auprès des EAJE, des assistants maternels et dans le cadre du suivi médical des enfants confiés à l'ASE, la PMI intervient dans le repérage des troubles divers du développement de l'enfant. Le dépistage précis de ces troubles, notamment l'autisme, nécessite une orientation vers des services spécialisés, hospitaliers, CAMSP, CMP en vue du diagnostic. Les premiers signes du trouble du spectre de l'autisme sont repérés, et ce dans 80 % des cas, par les parents eux-mêmes vers l'âge de deux ans mais le diagnostic tarde (vers 4 à 5 ans en France). La PMI accompagne les parents dans cette attente souvent trop longue, et les aide dans les démarches médicales, la mise en place de rééducations précoces, de soutien ou de soins psychiques, mais aussi pour l'accueil en EAJE et en école maternelle. L'inclusion de ces enfants en milieu collectif, lorsqu'elle est possible, assure un meilleur développement de l'enfant et permet de soulager les parents, leur permettant parfois de reprendre leur emploi.

Dans le domaine de l'autisme, il est nécessaire de renforcer la formation des professionnels de la petite enfance, de la santé, des enseignants et d'augmenter les moyens dédiés au diagnostic, à la prise en charge et au soutien des parents.

### **Modes d'accueil, santé et développement du jeune enfant**

L'accueil socialisé du bébé et du jeune enfant en mode d'accueil collectif ou individuel requiert des conditions adaptées aux besoins spécifiques de ce très jeune âge afin de favoriser la santé, le bien-être et le développement des tout petits : continuité de leurs repères, connaissance fine du développement des jeunes enfants et attention individualisée à chacun de la part des accueillants. Notre expérience de la petite enfance en PMI rejoint le constat que *"Les bébés ont besoin pour pouvoir se socialiser, en particulier d'une très grande qualité des rencontres individuelles"*<sup>11</sup>. Les conditions favorables à la santé et au développement des bébés en modes d'accueil sont, selon de nombreuses études réalisées en France et à l'étranger<sup>12</sup>, liées à un ensemble de critères prenant en compte : les niveaux de qualifications professionnelles, les taux d'encadrement, la taille restreinte des groupes d'enfants, le respect des rythmes spécifiques des tout-petits, le temps et la disponibilité accordés à l'enfant et sa famille, l'implication des parents, la sensibilité du personnel aux intérêts et aux besoins des enfants, la stabilité du personnel, l'adéquation des locaux, le sens que trouvent les personnels dans leur travail et leur accord avec les objectifs et les méthodes du travail, ainsi que des temps de réflexion réguliers sur les pratiques, qui favorisent une prise en compte de l'enfant et de sa famille dans une relation individualisée.

### **Risques liés aux pressions pour les apprentissages précoces**

Des programmes éducatifs de stimulation cognitive sont de plus en plus souvent mis en place dans les modes d'accueil et lieux de vie du jeune enfant. De très nombreux enfants se trouvent en grande difficulté, notamment du fait des pressions à la performance et à l'évaluation de plus en plus précoce de leurs « compétences » cognitives et corporelles. Les parents, les enseignants, les professionnels, pris dans la pression d'une société inquiète de l'avenir, peuvent soumettre de façon plus ou moins consciente les enfants à une attente toujours plus angoissée et angoissante de réussite. Cette attente anxieuse d'une aptitude aux apprentissages précoces ignore le temps de la maturation et des expériences premières. Cela génère pour beaucoup d'entre eux un inconfort voire une insécurité psychique sévère auxquels ils peuvent réagir par une agitation débordante ou par le repli relationnel. Ces pratiques de sur-stimulation précoce ne prennent pas en compte la singularité et le rythme de développement et d'apprentissage de chaque enfant, à un âge où l'hétérogénéité des parcours de développement est très importante. Dans tous les lieux de vie de l'enfant, dans sa famille, en crèche, chez les assistants maternels, à l'école maternelle, en centre de loisirs, la PMI insiste sur la bienveillance de l'accueil, le bien-être et l'intégration de chaque enfant dans le groupe, le respect du rythme de chacun dans les éveils et les apprentissages. Une bonne connaissance des besoins et des étapes du développement de l'enfant est nécessaire pour les professionnels de santé et de la petite enfance.

### **Prise en charge des mineurs non accompagnés**

Près de 13000 mineurs non accompagnés sont pris en charge par les départements. Ces jeunes sont censés bénéficier de l'accès aux droits communs et au dispositif de protection de l'enfance des départements.

Ces mineurs nécessitent dès leur arrivée un bilan de soins, qui appelle une réaction rapide des acteurs sanitaires pour des bilans de santé en médecine générale et en santé mentale. Les départements accusent un manque de moyens pour leur réalisation.

---

<sup>11</sup> Selon les propos du Pr Bernard Golse, pédopsychiatre, chef de service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au CHU Necker – Paris.

<sup>12</sup> A. Florin. *Modes d'accueil pour la petite enfance. Qu'en dit la recherche Internationale ?* Toulouse Eres 2007.

La PMI est concernée dans la prise en charge de ces mineurs non accompagnés, lorsque l'ASE sollicite son avis pour des questions de santé physique et psychique. La prise en charge précoce doit mobiliser rapidement les acteurs de santé pour les soins dont ils ont besoin et non pour évaluer leur âge par des tests et examens non éthiques, non fiables, coûteux, qui font perdre un temps précieux.

A cet égard, nous exprimons notre opposition vigoureuse au recours aux tests osseux pour déterminer la minorité de ces jeunes en l'absence de documents d'identité ou d'état civil, autorisé par la loi de protection de l'enfant du 14 mars 2016. Cette disposition reste contestée par de très nombreuses autorités et par les principaux acteurs de santé de l'enfance (cf. la tribune de l'ensemble des organismes de pédiatres de France publiée en 2016 par le journal *Le Monde*<sup>13</sup>). Le CRC de l'ONU a d'ailleurs recommandé à la France de « *mettre un terme à l'utilisation des tests osseux en tant que principale méthode de détermination de l'âge des enfants et de privilégier d'autres méthodes qui se sont avérées plus précises* »<sup>14</sup>.

Plus généralement, concernant les enfants de familles dites « sans papiers », les acteurs de PMI constatent régulièrement les répercussions délétères sur le plan psychologique et développemental des situations où ces enfants, même bébés, sont placés en centres de rétention avec leurs parents, ou sont séparés d'un de leur parent lui-même menacé d'expulsion ou expulsé.

---

<sup>13</sup> [https://www.lemonde.fr/idees/article/2016/01/12/la-protection-de-l-enfance-doit-refuser-les-tests-d-age-osseux\\_4845779\\_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2016/01/12/la-protection-de-l-enfance-doit-refuser-les-tests-d-age-osseux_4845779_3232.html)

<sup>14</sup> Op. Cit. p. 19

# Annexe 1

## La santé de l'enfant en France en quelques chiffres



800 000  
naissances / an



14,2 M d'enfants  
de 0 à 17 ans

(source: Insee)

### Une population touchée par des modifications familiales et des difficultés sociales :



2, 8 M d'enfants  
dans une famille  
monoparentale

(source: Insee)



1, 4 M d'enfants  
dans une famille  
recomposée

(source: Insee)



Presque 10% des enfants vivent  
au sein de ménages dont les  
revenus sont inférieurs à 50 % du  
revenu médian national

(source : UNICEF, Rapport Innocenti 2013)

### Une population consommatrice de soins en urgence pour des pathologies bénignes



+ de 3 M d'enfants passent aux urgences dans l'année

8,6 % sont hospitalisés // 22,7 % des plus de 18 ans sont hospitalisés  
(sources : Cour des comptes 2014 ; Statistique annuelle des établissements de santé 2015)

### Une population touchée par la maladie chronique et le handicap



3 à 4% des enfants naissent avec une  
malformation congénitale  
(source : Inserm 2016)



316 000 enfants de moins de 15 ans bénéficient  
d'une prise en charge pour affection de longue  
durée (ALD), dont presque la moitié pour des  
affections touchant le neuro-développement  
(source : CNAMTS 2016)

### Une population bénéficiant peu de la recherche en thérapeutique :

+ du tiers des enfants français de moins de 16 ans ont été exposés à au moins une prescription hors  
autorisation de mise sur le marché

(source : Enquête Palmaro et al. Pediatrics. 2015;135:49-58)

### Des professionnels de la santé de l'enfant peu nombreux :



- 9 000 professionnels travaillent dans les services de protection maternelle et infantile (PMI), dont 2 000 médecins titulaires et près de 5000 puéricultrices et infirmières  
*(source : rapport sur la PMI – 2006)*
- 1 100 médecins scolaires pour 12 millions d'élèves  
*(source : Syndicat National des Médecins Scolaires et Universitaires)*
- 7 000 pédiatres, dont un tiers ont un exercice libéral ou mixte  
*(source : CNOM 2016)*

### Quelques indicateurs de santé inquiétants :

- Classement de la France pour le bien-être en santé des enfants : 10<sup>ème</sup> / 29 pays développés *(UNICEF. Rapport Innocenti 2013)*
- Un taux de naissances prématurées passé de 5,9% des naissances en 1995 à 7,4% en 2010 *(source : Inserm)*
- Dès la grande section de maternelle, 8,7% des enfants sont en surpoids et 3,2% sont obèses *(source : DREES 2015)*
- Couverture vaccinale inférieure à l'objectif de 95 % pour la rougeole, les oreillons, la rubéole (ROR) et l'hépatite B pour les nourrissons *(source : DREES 2015)*
- Près des deux tiers des hospitalisations pour asthme concernent des enfants de moins de 15 ans *(source : Invs 2014)*
- Un quart des adolescents admettent avoir déjà consommé du cannabis à 15 ans ; un quart des garçons boivent de l'alcool au moins 1 fois/semaine à 15 ans *(source : OMS, HBSC study 2012)*