

Contribution du SNMPMI sur la santé mentale des enfants *Assises de la pédiatrie et de la santé des enfants*

Quelques constats à partir de l'expérience des équipes de PMI et de la littérature

- Le suivi en PMI des femmes enceintes, des jeunes enfants, des jeunes adultes révèle régulièrement des dimensions de souffrance psychique, de difficultés développementales plus ou moins sévères, jusqu'à la suspicion de handicaps,
- Les troubles anxieux touchent de 5 à 15% des femmes durant la grossesse, le baby blues touche 80% des femmes, la dépression du post-partum est susceptible de toucher 15% des mères et 7% des pères, avec des manifestations modérées à majeures¹, nécessitant dépistage et accompagnement vers les soins.
- Les troubles du neuro-développement touchent environ 5% des enfants².
- Les difficultés dans les inter-relations parent-nourrissons sont fréquentes dans notre pratique (troubles du sommeil - prévalence entre 20 et 50% en fonction des définitions du trouble utilisées³ -, des conduites alimentaires - prévalence 25%⁴ -, pleurs prolongés - prévalence 25%⁵ -, retrait relationnel précoce - prévalence entre 5 et 14%⁶...).
- Ces prévalences sont mesurées en population générale et ne tiennent pas compte des majorations de proportion pour des familles en difficultés économiques, des familles ayant un parcours de migration, ou au sein desquelles règne un climat de violences familiales, toutes situations que nous accueillons davantage en PMI, donc ces chiffres sont à majorer pour la patientèle reçue en PMI.
- Une prise en charge préventive précoce est susceptible d'éviter de façon non négligeable une évolution vers des troubles développementaux ou psychopathologiques plus noués, de permettre dépistage et accompagnement vers des soins plus spécialisés, et dans une perspective de long terme de lutter contre les inégalités sociales de santé.
- Les psychologues de PMI ont un rôle spécifique en prévention psychique développementale et dans l'accompagnement des situations de risque ou de danger en protection de l'enfance.

On peut en déduire un triple intérêt⁷ ...

- * Intérêt d'un accompagnement dans les interactions précoces bébé-parents.
- * Intérêt d'un repérage des vulnérabilités et des éventuels points de rupture dans le cheminement de santé et de développement de l'enfant.
- * Intérêt d'une coordination pluriprofessionnelle efficace et précoce, et de la prise en charge interinstitutionnelle.

... et des conditions pour le suivi de l'enfant⁸

Le fil rouge doit être d'**aborder les relations parents-enfant** et leur devenir **dans la continuité anté et post-natal**.

Dès la maternité, un soutien doit être proposé aux parents pour apprendre à connaître et comprendre les potentialités et compétences de leur bébé.

L'**isolement** et la **solitude** de certains parents sont à **prendre en compte**, la **dépression du post partum...**

Il est important aussi de **prêter attention aux premiers signes de mal-être psychique provenant du bébé**.

Lors de la reprise de la vie de couple et sociale, il est important de pouvoir **proposer un accueil personnalisé, progressif** pour permettre à l'enfant de s'épanouir et de se développer.

Les plateformes de coordination et de soins : oui mais pas au détriment des institutions de soins (CAMSP, CMP, ...). Nos constats des points à améliorer⁹ :

1 - Le temps : de remplissage des grilles, des questionnaires de plus en plus nombreux.

2 - Le diagnostic et l'orientation : la PCO ne crée pas de places supplémentaires ni ne diminue les délais de prise en charge en structure actuellement. La difficulté d'accès aux lignes 2 persiste malgré leur volonté d'accompagner les enfants et les familles en souffrance.

3 - L'Appui PCO ne convient donc pas à toutes les familles et certains parents qui ont enfin une place en CAMSP ou structures de type CMP ou CMPP disent combien il est plus aisé de ne pas se perdre dans un méandre de lieux ou d'interlocuteurs éloignés.

¹ http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2019/10/J-Van-Der-Waerden_3-oct.pdf

² <https://handicap.gouv.fr/la-strategie-nationale-autisme-et-troubles-du-neuro-developpement>

³ <https://www.cairn.info/revue-devenir-2010-2-page-133.htm>

⁴ <https://www.cairn.info/revue-devenir-2001-2-page-11.htm>

⁵ <https://www.cairn.info/revue-devenir-2010-2-page-163.htm>

⁶ <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01323878/document> : cf. p.91

⁷ Cf. argumentaire détaillé en annexe 1

⁸ Cf. argumentaire détaillé en annexe 2

⁹ Cf. argumentaire détaillé en annexe 3

La question du choix opéré d'avoir séparé les structures de diagnostic de celles de prise en charge ne devrait-elle pas être reposée, et concomitamment celle des moyens affectés aux organismes de prise en charge (CMP, CAMSP...) réévaluée ?

Proposition n°1 : le service public de santé de l'enfant et de l'adolescent¹⁰

Les enjeux en santé psychique sont du même ordre que ceux présidant aux conditions de la santé en général :

- * Approche globale et généraliste, contextuelle et processuelle, pluri-institutionnelle, à la fois universelle et "proportionnée",
- * Continuité des soins, synergie préventive-curative, transdisciplinarité, « interinstitutionnalité » dans les prises en charge.

Notre proposition de **service public de santé de l'enfant et de l'adolescent¹¹**, appuyée sur ces principes, vaut pour le suivi global de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent et trouve toute sa pertinence dans le domaine de la prévention et des soins psychiques.

Une telle perspective suppose que soit établie une politique nationale de santé de l'enfant et de l'adolescent, notamment dans son volet *santé psychique*, par les pouvoirs publics avec l'ensemble des parties prenantes, allant de la définition de priorités stratégiques à l'élaboration des organisations appropriées et à leur coordination. **Cela passe notamment par le renforcement des services de prise en charge en pédopsychiatrie (CMP, CMPP et CAMSP)**, face au constat de recul de ces structures (fermetures des CMP et CMPP ruraux, éloignement pour les familles, diminution drastique du nombre de pédopsychiatres,...)

Cette politique nationale doit pouvoir se décliner au niveau local et suppose d'y consacrer les moyens humains, logistiques et financiers adéquats. Elle pourrait prendre la forme de **Communautés territoriales professionnelles de santé consacrées à la période périnatale et de la petite enfance**. Ces CPTS dédiées seraient chargées 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 psychique** 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.

Le service public de santé de l'enfant et de l'adolescent pourrait prendre la forme de véritables plates-formes unifiées réunissant les multiples acteurs de la périnatalité, de l'enfance et de l'adolescence (pédiatrie et médecine de ville, paramédicaux, maternités et pédiatrie hospitalière, maisons des adolescents, intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile, CAMSP, PMI, santé scolaire, santé sexuelle...). Il consisterait en l'organisation de temps et d'espaces nécessaires à la co-construction d'une réponse globale et intégrée aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent, à leurs parcours de santé, articulée sur la coopération de chacun des contributeurs selon leur mission spécifique. Il s'agirait en pratique d'organiser de façon beaucoup plus étroite et permanente les liens entre acteurs des parcours de santé des enfants afin d'assurer que les prises en charge sont effectives et réalisées au mieux des compétences professionnelles nécessaires et des besoins et potentialités de l'enfant et de sa famille.

Proposition n°2 : objectifs de participation concrète du dispositif PMI au suivi psychologique des enfants et des adolescents

En lien avec les constats figurant en page 1 et dans la perspective plus globale exposée par le document de la plate-forme "Assurer l'avenir de la PMI"¹² joint à la présente contribution :

- Nous proposons en PMI un **objectif minimal de 5% d'enfants, de jeunes et de femmes enceintes bénéficiant de consultations et actions de soutien par des psychologues** (15% de ceux accueillis en PMI) ; un **objectif minimal de 3% de jeunes enfants bénéficiant d'un accompagnement par des psychomotriciens** (10% de ceux accueillis en PMI).

Cela suppose de **promouvoir la place dans les services de PMI de professions précieuses pour l'offre de prévention pluriprofessionnelle, telles les psychologues, les psychomotriciens...**

¹⁰ Des propositions concernant le suivi des jeunes en santé sexuelle, incluant la dimension psychique, figurent dans le document cf. note 11

¹¹ Cf. la conclusion de l'article "Pour un service public de santé de l'enfant et de l'adolescent" par P. Suesser et P. Jacquin. In :

Raison présente n°223-224, p. 181-194

¹² http://www.assureravenirpmi.org/IMG/pdf/assureavenirpmi_argumentaire_assises_sante_enfant_janvier2023.pdf

Ce document comporte des propositions pour renforcer l'ensemble du dispositif de PMI sachant que la dimension psychologique est très présente tout au long du suivi des enfants et des familles par l'ensemble des professionnels de PMI.

Annexes

Annexe 1 : On peut en déduire un triple intérêt ...

* Intérêt d'un accompagnement dans les interactions précoces bébé-parents

Il s'agit de favoriser l'épanouissement de la femme, du couple, de l'enfant à venir, l'instauration de relations précoces harmonieuses parents/enfants, d'accompagner les parents qui en ont besoin et, le cas échéant, de détecter d'éventuels dysfonctionnements auxquels il sera nécessaire de proposer une aide ou un accompagnement.

* Intérêt d'un repérage des vulnérabilités et des éventuels points de rupture dans le cheminement de santé et de développement de l'enfant

Parmi les situations de vulnérabilité, celles des femmes ayant déclaré leur grossesse tardivement, n'ayant pas de droits ouverts à l'assurance maladie ou en grande précarité (situation irrégulière, pas de logement, violences domestiques) demandent une mobilisation de tous les acteurs du médical et du social. Cependant, toutes les vulnérabilités ne sont pas d'origine sociale. Un certain nombre de difficultés traversées par les familles autour des routines de la vie quotidienne, parents trop souvent isolés, ou anxieux à la reprise du travail ou non préparés au bouleversement qu'impose la parentalité (particulièrement les parents en situation de handicap psychique ou mental) doivent nous inciter à promouvoir une attention et un soutien au jeune enfant et à sa famille dans un souci de prévention primaire des troubles de la relation. Un des enjeux est d'assurer la continuité entre les différentes prises en charges au cours de la grossesse, lors du retour à domicile et pendant les premières semaines de l'enfant qu'il s'agisse du suivi de PMI, de prises en charge psychologiques ou d'accompagnement à la parentalité ou encore de la résolution de problèmes sociaux tel que le logement ou l'ouverture des droits à l'assurance maladie. L'intervention des techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF) peut également, selon les besoins, s'exercer en pré et/ou postnatal.

* Intérêt d'une coordination efficace et précoce, et de la prise en charge interinstitutionnelle qui identifie les besoins suivants :

- des collaborations entre les différents acteurs, qui ne sont possibles que si ces acteurs les mettent en place et si le maillage du territoire le permet (en l'occurrence, la présence suffisante d'UMP, de CMP ou de CAMSP par exemple) ;
- des réunions de partage entre professionnels de la PMI et professionnels hospitaliers afin de répondre à un besoin de coordination qui est essentiel. La PMI, et notamment la puéricultrice, doit pouvoir être sollicitée par la maternité, par la mère, par la sage-femme de PMI ou libérale selon le contexte.
- la mise en place d'actions de prévention et d'actions précoces, qui se montrent plus efficaces quand elles reposent sur une approche interdisciplinaire ;
- la formation des acteurs, car il existe un besoin de formation mutuelle sur le repérage des signes précoces de retrait relationnel ou/et de souffrance psychique chez les enfants

Annexe 2 : ... et des conditions pour le suivi de l'enfant

- Le fil rouge doit être d'**aborder les relations parents-enfant** et leur devenir **dans la continuité entre l'anté et le post natal**. L'enjeu premier est de soutenir les parents dans la construction du lien d'attachement avec l'enfant. Les difficultés parentales (relationnelles, éducatives) et les conflits sont parfois liés à leur non connaissance des étapes clés du développement de l'enfant. Mieux accompagnés, les parents s'ajustent mieux aux besoins de leur enfant en fonction de son âge.
- **Dès la maternité, un soutien doit être proposé aux parents** pour apprendre à connaître et comprendre les potentialités et compétences de leur bébé, qu'il soit né en bonne forme, prématuré, malade ou handicapé, par des professionnels formés, pour faciliter les premières rencontres. Les parents en situation de handicap doivent pouvoir avoir accès aux services de droit commun et être accompagnés en fonction de leurs besoins.
- L'**isolement et la solitude** de certains parents sont à **prendre en compte**, la **dépression du post partum** vers 6 – 8 semaines est trop souvent sous-diagnostiquée par les professionnels de santé eux-mêmes.
- Il est important aussi de **prêter attention aux premiers signes de mal-être psychique provenant du bébé** (difficultés d'alimentation, de sommeil, pleurs intenses...). La PMI, réseau de soin périnatal spécialisé dans la prévention primaire, est là aux premières loges. Encore faut-il que cette PMI puisse avoir une existence et des moyens suffisants.
- Lors des remaniements de la vie avec un bébé (ajustements pour le couple parental, réorganisations en famille monoparentale, ...) et de la nouvelle situation dans la vie sociale, il est important de pouvoir **proposer un accueil personnalisé, progressif** pour permettre à l'enfant de s'épanouir et de se développer.

Annexe 3 : Les plateformes de coordination et de soins : oui mais pas au détriment des institutions de soins (CAMSP, CMP, ...)

Les PCO ont été créées pour proposer un appui au repérage des troubles sévères du développement, puis au diagnostic fonctionnel (et parfois catégoriel), à l'orientation ciblée ou spécifique et à la coordination et la formation des différents acteurs libéraux ou institutionnels.

Cependant, certaines PCO peinent déjà à proposer des prises en charge rapides faute de psychomotriciennes comme d'orthophonistes (délai d'attente plus ou moins long selon le territoire). Ce dispositif n'est envisagé que pour une année (18 mois maximum) et en aucun cas ne crée de place supplémentaire dans les institutions ou en libéral... Force est de constater que nous avons les mêmes difficultés qu'auparavant pour orienter les enfants vers les CMP ou les CAMSP... avant même de parler de PCPE ou de SESSAD une fois le diagnostic posé...

Nos constats des points à améliorer :

1 - Le temps : de remplissage des grilles, des questionnaires de plus en plus nombreux. Les services de PMI orientent beaucoup vers les PCO là où elles existent pour aider les enfants et leur familles. Les familles ont besoin que l'on prenne en compte leur inquiétude, d'éviter l'errance diagnostique, de mieux comprendre leur enfant et donc de mieux s'ajuster... mais aussi de temps et d'accompagnement pour remplir ces questionnaires « parents » de plus en plus complexes et parfois non accessibles en raison de la barrière de la langue, pour trouver ou aller jusqu'à l'orthophoniste ou le psychomotricien, rarement dans le même lieu en libéral et moins nombreux sur les secteurs où la précarité domine. C'est aux parents de trouver encore l'énergie pour aller dans la ville voisine, faire un trajet en transport en commun parfois long...

2 - Le diagnostic et l'orientation : la PCO ne crée pas de places supplémentaires ni ne diminue les délais de prise en charge en structure actuellement. La difficulté d'accès aux lignes 2 persiste malgré leur volonté d'accompagner les enfants et les familles en souffrance.

3 – L'Appui PCO ne convient donc pas à toutes les familles et certains parents qui ont enfin une place en CAMSP ou structures de type CMP ou CMPP disent combien il est plus aisé de ne pas se perdre dans un méandre de lieux ou d'interlocuteurs éloignés, de pouvoir co-construire le projet pour leur enfant avec une équipe et combien c'est important pour tenir dans la durée de trouver des professionnels de la rééducation ou du soins (psychomotricien, ergothérapeute, kinésithérapeute, psychologue ...) proches de son domicile.

La question du choix opéré d'avoir séparé les structures de diagnostic de celles de prise en charge ne devrait-elle pas être reposée, et concomitamment celle des moyens affectés aux organismes de prise en charge (CMP, CAMSP...) réévaluée ?