



**Protection maternelle et infantile,
soutien à la fonction parentale,
protection de l'enfance
et modes d'accueil**

rapport

Sommaire

1 Synthèse.....	3
2 Introduction	4
3 Contexte.....	6
3.1 Législatif et réglementaire.....	6
3.2 Constats relatifs à la PMI ou à son champ d'intervention.....	6
4 Cadre général d'intervention de la PMI.....	11
4.1 Spécificité de l'approche	11
4.2 Activité des services de PMI	12
5 PMI et soutien à la fonction parentale (prévention universelle).....	14
5.1 Contexte	14
5.2 Action de la PMI.....	15
6 PMI et protection de l'enfance	21
6.1 Contexte	21
6.2 Action de la PMI.....	22
7 PMI et modes d'accueil du jeune enfant	27
7.1 Contexte	27
7.2 Action de la PMI.....	28
8 Perspectives se dégageant des travaux du groupe.....	35
8.1 Assurer un pilotage à la fois national et local.....	35
8.2 Réaffirmer et garantir le maintien des missions confiées à la PMI dans le champ de l'accompagnement et du soutien à la parentalité, de la protection de l'enfance et des modes d'accueil	35
8.3 Améliorer la formation des professionnels	35
8.4 Mieux prendre en compte les difficultés de financement de la PMI et de démographie des professions de santé concourant à la PMI.....	35

1 Synthèse

A la demande de la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et de la ministre en charge de la famille, la direction générale de la cohésion sociale a piloté un groupe de travail portant sur les champs non sanitaires de la Protection maternelle et infantile - PMI. Les échanges ont été menés avec les représentants de professionnels et d'usagers réunis au sein de la plate-forme "Assurer l'avenir de la PMI" et des professionnels de PMI particulièrement impliqués dans les champs d'intervention concernés (médecins, puéricultrices, EJE)¹. Ces travaux s'inscrivent en complément de ceux qui ont été réalisés par la Direction générale de la santé (DGS) dans le cadre de l'évolution de la politique de santé (contexte du projet de loi de santé et de la Stratégie Nationale de Santé).

Les services de PMI, qui prennent en compte le développement de l'enfant dans son environnement et la parentalité dans une approche globale de la santé, se situent en effet, au croisement des champs sanitaire et social. Leur action de prévention, qu'on peut qualifier de prévention « prévenante », est positionnée sur l'ensemble des milieux de vie de l'enfant: cadre familial, lieux de socialisation, modes d'accueil, école maternelle et leurs modalités de travail basées sur une composition pluridisciplinaire des équipes qui atténue les frontières traditionnelles existant entre le médical, le médico-social et le social.

La PMI met en œuvre un principe d'universalisme proportionné garantissant un accès de tous, tout en portant une attention particulière aux personnes en situation de vulnérabilité.

Dans ce contexte, il importait de préciser les orientations permettant à la PMI de continuer à répondre aux besoins de la population dans les champs complémentaires de ceux précédemment étudiés. Ces orientations s'articulent autour de quatre axes :

- Assurer un pilotage à la fois national et local en mettant en place un cadre national permanent d'impulsion de la politique de PMI et en donnant toute sa place à la PMI dans les instances locales de concertation et de pilotage des politiques mobilisant ses compétences.
- Réaffirmer et garantir le maintien des missions confiées à la PMI dans le champ de l'accompagnement et du soutien à la parentalité, de la protection de l'enfance et des modes d'accueil: recensement de ces activités dans les recueils statistiques pour renforcer leur légitimité ; reconnaissance de la place en PMI de professionnels non mentionnés en tant que tels dans les articles du code de la santé publique ; valorisation et diffusion des actions mises en œuvre dans tous les champs d'intervention de la PMI.
- Adapter la formation initiale et continue des professionnels à l'exercice en prévention et en promotion de la santé familiale et infantile, notamment dans les champs de la protection de l'enfance et des modes d'accueil.
- Mieux répondre aux difficultés de financement de la PMI et de démographie des professions de santé concourant à la PMI en les abordant dans un cadre interministériel.

¹ Cf. liste des participants en annexe

2 Introduction

En matière de protection et de promotion de la santé maternelle et infantile les missions sont partagées entre l'Etat, les collectivités locales et l'Assurance maladie.

Elles concernent la mise en œuvre de mesures de prévention d'ordre médical, psychologique et social en faveur des futurs parents, des enfants de 0 à 6 ans, et des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes, des jeunes mères des parents, particulièrement celles et ceux qui sont les plus démunis(e)s.

La spécificité du service de PMI, par rapport aux autres acteurs intervenant dans le domaine pré et post-natal, est qu'il propose des services **qui se situent au croisement du champ sanitaire et social, et ce, dans une perspective d'approche globale de la santé et de prise en compte du développement de l'enfant dans son environnement et de la parentalité.**

Les travaux sur la protection maternelle et infantile (PMI) pilotés par la DGCS s'inscrivent en complément de ceux qui ont été menés par la Direction générale de la santé en 2014 avec les représentants de la plate-forme « Assurer l'avenir de la PMI », en association avec les autres directions du ministère des affaires sociales et de la santé. Les travaux avaient pour objectif de mener, en lien avec ces représentants des professionnels et des usagers, une réflexion sur l'évolution du dispositif de la PMI permettant d'alimenter la stratégie nationale de santé. La création des agences régionales de santé, le projet de mise en place d'un service territorial de santé et les projets de réforme territoriale ont guidé la réflexion sur les enjeux de gouvernance qui devaient être redéfinis.

A l'issue de ces travaux, un premier rapport a été rendu affirmant la volonté d'identifier le service de PMI comme un acteur incontournable de la politique de santé qui devra s'inscrire dans le service territorial de santé issu de la loi santé et soulignant les atouts de ce dispositif à préserver et à valoriser.

A la demande des directeurs de cabinet de la ministre de la santé et de la secrétaire d'Etat en charge de la famille, la direction générale de la cohésion sociale a été chargée par lettre de mission en date du 16 février 2015 de mettre en place un programme de travail avec des représentants des professionnels de la PMI et la Direction générale de la santé autour de deux thématiques qui n'entraient pas dans le champ des précédents travaux :

- Le rôle du service départemental de PMI dans les agréments, le suivi et la formation des assistant(e)s maternel(le)s et dans l'agrément/autorisation et le contrôle/suivi des établissements d'accueil du jeune enfant.
- Le rôle du service départemental de PMI dans le champ du soutien à la parentalité, de la protection de l'enfance, notamment en matière de prévention (loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance).

Suite à une concertation menée avec l'ensemble des acteurs concernés par la protection de l'enfance, la secrétaire d'Etat en charge de la famille, a présenté, en juin 2015, une feuille de route pour la protection de l'enfance 2015-2017.

Cette feuille de route pour la protection de l'enfance, vise à apporter des réponses concrètes aux difficultés identifiées par les acteurs de la protection de l'enfance. Elle comprend un ensemble d'actions visant à répondre à plusieurs enjeux majeurs :

- Sortir la protection de l'enfance de « l'angle mort » des politiques publiques pour porter un projet politique partagé en faveur des enfants les plus vulnérables.
- Conforter et soutenir l'évolution des pratiques professionnelles.

Certaines actions prévues dans cette feuille de route entrent dans le champ de cette deuxième phase de concertation avec les professionnels de PMI.

Les travaux pilotés par la DGCS ont été organisés en six séances thématiques d'une demi-journée ou d'une journée. Les comptes-rendus des réunions, complétés par des contributions remises par les participants et personnes auditionnées, sont joints en annexe et alimentent le présent rapport.

Les sujets liés au financement du service départemental de PMI, aux statuts et à la formation des professionnels ont été renvoyés à des travaux complémentaires ultérieurs à mener en lien, respectivement, avec la direction de la sécurité sociale et les ministères chargés de la fonction publique et de l'enseignement supérieur.

3 Contexte

3.1 Législatif et réglementaire

Selon l'article L.2111-1 du code de la santé publique (CSP), l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile :

Certaines compétences sont dévolues spécifiquement au département et exercées, sous l'autorité du président de conseil départemental, par le service départemental de protection maternelle et infantile, service non personnalisé du département.

Ce service est dirigé par un médecin et comprend des personnels qualifiés, notamment dans les domaines médical, paramédical, social, éducatif et psychologique.

Il organise² notamment pour l'ensemble de la population concernée des consultations, et des actions médico-sociales préventives et de suivi, pouvant avoir lieu à domicile, en faveur des femmes enceintes, des parents et des enfants de moins de six ans ; des activités de planification familiale et d'éducation familiale ; le recueil ainsi que le traitement d'informations en épidémiologie et en santé publique ; le contrôle et la surveillance des établissements d'accueil des enfants de moins de 6 ans³, l'agrément des assistants maternels et familiaux et la formation des assistant(e)s maternel(le)s ; enfin, il participe aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger.

3.2 Constats relatifs à la PMI ou à son champ d'intervention

3.2.1 Rapport IGAS 2006 « Etude sur la protection maternelle et infantile en France »⁴

La première constatation du rapport de l'IGAS de 2006 est celle de la très grande hétérogénéité des pratiques et des politiques des départements, en ce qui concerne les missions de PMI.

Ses recommandations portaient notamment sur :

- la nécessité de définir des objectifs pour la PMI au niveau national (en remplacement des normes) et au niveau des schémas départementaux ;
- la mise en place d'un Conseil national de la politique de l'enfance⁵
- l'intensification des actions en direction des groupes en situation de précarité et des personnes en situation de vulnérabilité, notamment psycho-sociale ; le renforcement du suivi sanitaire des enfants de l'ASE ;
- le développement de la mise en place de réseaux sur l'enfance pour mieux articuler l'action de la PMI avec celle des CAMSP, des maisons du handicap, et des secteurs et intersecteurs de psychiatrie ;
- un désengagement de la PMI par rapport à la mission de suivi des assistant(e)s maternel(le)s ;
- une amélioration du pilotage et de l'animation des services de PMI ;

² CSP article L.2112-2

³ CSP article L.2324-2

⁴ Etude sur la protection maternelle et infantile en France - Rapport de synthèse IGAS 2006

⁵ Pour suivre la politique nationale de la santé des enfants ;

- l'inscription dans le code de la santé publique des missions du département dans le domaine de la prévention précoce, du suivi des dépistages et de l'entretien du 4ème mois ;
- un engagement des institutions nationales pour aider les départements sur le plan de la qualité ;
- la mise en place de nouvelles conventions financières entre l'assurance maladie et chaque PMI sur la base d'une convention cadre⁶.

3.2.2 Rapport IGAS 2011 « Les inégalités sociales de santé dans l'enfance - santé physique, santé mentale, conditions de vie et développement de l'enfant »

Les indicateurs utilisés dans les pays de l'OCDE pour caractériser le bien-être des enfants montrent que malgré les investissements élevés en direction de la petite enfance et de l'enfance, la France est dans une position moyenne⁷. Or, les inégalités de santé (au sens OMS : « état de complet bien-être physique, psychique et social ») dans l'enfance dépendent de facteurs échappant pour l'essentiel à toute responsabilité individuelle.

Concernant les politiques publiques, certaines ont pour cible populationnelle l'enfance (accueil du jeune enfant, école), d'autres ont un effet sur leur santé sans avoir pour cible les enfants (emploi, logement, transports). Certaines de ces politiques sont davantage des préoccupations transversales aux politiques publiques que des dispositifs circonscrits.

Les recommandations étaient notamment les suivantes :

1) Mobiliser différentes politiques publiques qui n'ont pas pour finalité principale la santé mais qui ont un effet sur elle, notamment l'amélioration de l'habitat privé.

2) Se donner un objectif de réduction des inégalités de santé en se dotant de principes d'action : s'il n'est pas souhaitable de renoncer au principe d'universalisme de l'action publique cet universalisme doit pouvoir être proportionné en fonction des besoins des enfants et des familles⁸. L'accentuation des interventions publiques doit être conçue de manière à éviter tout risque de stigmatisation, en raison du risque élevé d'organiser une forme de contrôle social intolérable en direction des populations les plus défavorisées. Les approches retenues doivent se garder d'être trop intrusives dans la vie privée des individus.

3) Cibler davantage les stratégies d'action en faveur du soutien parental et construire une typologie permettant de rattacher chaque dispositif à un ou plusieurs objectifs que cette politique pourrait se donner (accompagner les parents dans leur rôle éducatif, valoriser les compétences parentales, favoriser la construction des liens parents-enfants).

4) Favoriser l'accueil des enfants issus de milieux défavorisés dans les modes d'accueil collectif en faisant plus clairement du développement de l'enfant un objectif prioritaire des modes d'accueil et agir sur la qualité de l'accueil.

⁶ convention cadre entre l'ADF et l'UNCAM pour encadrer la renégociation des conventions entre les départements et les caisses d'assurance maladie afin d'impliquer celles-ci dans le financement des actions de la PMI

⁷ Rangs : 10 pour le bien être matériel, 10 pour le logement et l'environnement, 23 pour le bien-être éducationnel, 20 pour la santé et la sécurité, 12 pour les comportements à risque, 22 pour la qualité de vie scolaire

⁸ Le concept d'universalisme proportionné est développé notamment dans la commission des déterminants sociaux de l'OMS dans le cadre de ses travaux sur la réduction des inégalités sociales de santé. Il présente l'intérêt de proposer une alternative à l'opposition entre une offre de droit commun et les services centrés sur les populations les plus en difficulté.

3.2.3 Rapport de la Cour des Comptes : « Politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation (2012) »

Reprenant les conclusions du rapport IGAS de 2006, la Cour des comptes confirmait l'existence d'une couverture inégale des services de PMI et la persistance d'écarts importants, allant de 1 à 17 pour le nombre de sages-femmes et de 1 à 3,5 pour les puéricultrices ; de plus, en l'absence de norme pour les médecins, les disparités sont importantes : elle comptait 66 médecins (en ETP) pour 10 000 naissances dans le Finistère contre 980 en Seine-Saint-Denis, soit un rapport de 1 à 15 ; la Cour estimait donc ces différences considérables.

Elle émettait les recommandations suivantes :

- renforcer la prévention en direction des femmes en situation défavorisée notamment par une prise en charge psycho-sociale plus efficace et par l'amélioration de la coordination entre les acteurs ;
- mobiliser l'action des services départementaux de PMI autour d'objectifs précis fixés par l'Etat tenant compte des caractéristiques de chaque territoire (recommandation réitérée).

3.2.4 Constats effectués dans le cadre de la modernisation de l'action publique (MAP) sur la gouvernance des politiques de la petite enfance et du soutien à la parentalité

Pour donner aux politiques prioritaires relatives à la petite enfance et au soutien à la parentalité le cadre d'action qui lui fait aujourd'hui défaut, le Gouvernement a décidé de conduire une évaluation de la gouvernance de ces politiques publiques dans le cadre de la démarche de modernisation de l'action publique (MAP).

L'évaluation a été conduite en 2013 et s'est appuyée sur les résultats d'une consultation "Au tour des parents", qui a permis d'interroger 400 parents représentatifs de la diversité des familles à l'échelon national et dans quatre régions, sur les travaux de l'IGAS⁹ et du comité de pilotage de l'évaluation.

Lors du Comité interministériel pour la modernisation de l'action publique du 17 juillet 2013, le Gouvernement a décidé de réformer la gouvernance territoriale des politiques relatives à la petite enfance et au soutien à la parentalité. Pour atteindre les objectifs, que s'est fixés le Gouvernement, de développer l'offre de services dans ces domaines et de corriger les inégalités sociales et territoriales dans l'accès à ces services, il a été décidé de renforcer la coopération entre l'ensemble des acteurs locaux par l'élaboration concertée d'un schéma territorial des services aux familles (accueil du jeune enfant et soutien à la parentalité).

3.2.5 Rapport du CESE – octobre 2014

⁹ Evaluation de la politique de soutien à la parentalité (MAP volet 1), Bénédicte JACQUEY-VAZQUEZ, Patricia SITRUK et Michel RAYMOND, Inspection générale des affaires sociales, Février 2013.

Note de synthèse intermédiaire, à destination du comité de pilotage, Cécile WAQUET, Philippe GEORGES, 27 mai 2013

Les préconisations sont notamment les suivantes :

- Réaffirmer le rôle de la PMI dans sa diversité (principe d'universalisme)
- Placer la PMI au centre de la coordination des parcours des parents et des jeunes enfants sur un territoire.
- Faire évoluer le pilotage national de la politique «Santé parents et enfants» en établissant une programmation pluriannuelle pilotée par le comité interministériel de coordination des politiques gouvernementales en faveur de la santé¹⁰.
- Mieux inscrire l'action des PMI dans les réseaux locaux en les associant aux commissions départementales des services aux familles et aux services territoriaux de santé au public (devenus communautés professionnelles territoriales de santé dans la version définitive de la LMSS).
- Redéfinir le rôle de la PMI afin de garantir la qualité d'accueil de la petite enfance.
- Évaluer et réexaminer le rôle de la PMI dans la protection de l'enfance (notamment clarifier le rôle des équipes de PMI dans leur mission d'évaluation des informations préoccupantes et de signalement).

3.2.6 Rapport de la direction générale de la santé en lien avec la démarche de la Plate-forme "Assurer l'avenir de la PMI"

La démarche de la plate-forme faisait suite à un certain nombre de constats:

- un désengagement de certains départements vis-à-vis des missions de la protection maternelle et infantile et l'absence d'une politique nationale concernant la santé familiale et la santé de l'enfant clairement identifiée.
- une diminution des moyens affectés aux missions de PMI alors que les besoins en soins de prévention augmentent, des conséquences négatives de la démographie des professions de santé aggravées par une faible attractivité de l'exercice des professionnels en PMI.

Les mesures et pistes d'évolution proposées par la plate-forme visaient à ancrer les services de PMI dans la reconfiguration de la politique de santé et de la politique territoriale alors en cours d'évolution.

Ces propositions avaient pour objet notamment de clarifier le pilotage aux niveaux national, régional et local, d'améliorer la coordination des acteurs, de réaffirmer et garantir le maintien des missions confiées aux services départementaux de PMI, d'améliorer l'attractivité de l'exercice des professionnels ainsi que leur formation, de consolider le financement des missions et d'améliorer le recueil des données en matière d'activité des services. Suite à ces échanges le service de PMI a pu être identifié comme un acteur incontournable du système de santé en tenant compte des atouts de ce service de proximité qui s'inscrit dans une approche globale des personnes.

¹⁰ Le comité interministériel pour la santé a été créé par le décret 2014-629 du 18 juin 2014.

3.2.7 Stratégie nationale de santé et loi de modernisation du système de santé

L'un des trois grands axes de la stratégie nationale de santé présentée en septembre 2013 est de prioriser la prévention sur le curatif et d'agir sur les déterminants de santé, axe sur lequel la PMI est d'ores et déjà largement positionnée.

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 inscrit les politiques de protection maternelle et infantile dans la politique nationale de santé. La loi précise en effet que :

- la politique nationale de santé comprend l'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile ;
- les services de PMI contribuent à la politique nationale de santé ;
- l'articulation des missions des médecins de PMI avec celles des futurs médecins traitants de l'enfant, dans le cadre du parcours de santé de l'enfant, s'exerce en bonne intelligence et dans le respect des compétences des médecins du service de PMI ;
- un volet de la stratégie nationale de santé détermine les priorités de la politique de santé de l'enfant et qu'une des missions du Haut comité de santé publique est de contribuer à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée ;
- des représentants des services de PMI sont associés aux conseils territoriaux de santé et que les professionnels de PMI, en tant qu'acteurs des soins de premier recours, sont appelés à participer aux communautés professionnelles territoriales de santé ;
- une coordination est établie concernant les actions conduites dans le cadre de la PMI et les missions menées dans les écoles du premier degré.

Principaux éléments se dégageant des travaux précités

- Nécessité d'améliorer le pilotage et l'animation des services de PMI au plan national (IGAS 2006, CESE, plate-forme, loi santé)
- Nécessité de définir des objectifs pour la PMI au niveau national (IGAS 2006, Cour des Comptes 2012, loi santé)
- Revisiter la pertinence de l'ensemble des missions dévolues à la PMI dans le champ des modes d'accueil (IGAS 2006, CESE 2014) en raison des inégalités territoriales et des effectifs insuffisants
- Cibler davantage les stratégies d'action en faveur du soutien parental (IGAS 2011)
- Mieux inscrire l'action des PMI dans les réseaux locaux en les associant aux schémas départementaux des services aux familles et aux instances territoriales de santé (MAP petite enfance et parentalité 2013, CESE 2014)
- Evaluer et réexaminer le rôle de la PMI dans la protection de l'enfance (CESE, Plate-forme)
- Renforcer le financement du dispositif de PMI (IGAS 2006, CESE 2014)

4 Cadre général d'intervention de la PMI

4.1 Spécificité de l'approche

La protection maternelle et infantile, seule compétence sanitaire décentralisée fait le lien entre la santé, le social, l'éducatif, le culturel. Elle se caractérise par :

- Une culture de la santé prise de manière globale, en lien avec l'environnement familial et social (prendre soin); cette approche globale de la santé mise en œuvre par le service départemental de PMI est un atout pour prendre en compte (et agir sur) l'ensemble des déterminants multifactoriels de la santé de l'enfant.
- Une sensibilité des équipes des services de PMI aux besoins des enfants et des parents s'ancrant dans leur investissement direct auprès de ces derniers, dans le cadre de leurs missions de prévention et de promotion de la santé.
- Une action positionnée sur l'ensemble des milieux de vie de l'enfant, dans le cadre de sa mission de prévention générale de la PMI : cadre familial, lieux de socialisation, modes d'accueil, école maternelle. Ceci contribue à la vision et à l'action transversale et non segmentées de la PMI quant aux enjeux de promotion de la santé infantile et familiale, de développement de l'enfant et de la parentalité.
- Une diversité de ses missions qui se décline notamment en consultations, entretiens, visites à domicile, actions collectives, soutien à la parentalité, agrément et suivi des modes d'accueil du jeune enfant (assistants maternels, établissements d'accueil) ;
- Une continuité des actions entre la périnatalité, la planification et la santé du nourrisson puis de l'enfant. Les missions de soutien à la parentalité, notamment, vont s'exercer dès la grossesse et se poursuivre au cours des premières années de l'enfant ;
- Des modalités de travail basées sur une composition pluridisciplinaire des équipes : médecins, sages-femmes, puéricultrices, psychologues, auxiliaires de puériculture, éducatrices de jeunes enfants, conseillers conjugaux... qui atténue les frontières traditionnelles existant entre le médical, le médico-social et le social.
- Un principe d'universalisme proportionné garantissant l'accès de la PMI à tous, tout en portant une attention particulière aux personnes démunies ou en situation de vulnérabilité. L'application de ce principe doit permettre que les différents publics accueillis en PMI, y compris ceux en situation de grande précarité¹¹, continuent à fréquenter ces lieux. La notion de précarité socio-économique et celle de vulnérabilité, qui peut toucher tous les milieux, sont à distinguer pour bien comprendre les publics et les enjeux de la PMI ;
- Le développement de compétences dans l'accueil et l'accompagnement des personnes et des familles, notamment celles qui sont les plus éloignées des systèmes de prévention et de soin : accessibilité des populations cibles (femmes enceintes, enfants, jeunes...) et accueil non stigmatisant pour les personnes en situation de vulnérabilité ;

¹¹ Le refus de lieux « réservés » aux plus démunis est en effet constamment affirmé. Voir notamment le rapport IGAS 2011 sur les inégalités sociales de santé dans l'enfance, « Inégalités sociales de santé et petite enfance -Analyse et ressenti de personnes en situation de grande précarité » ATD-Quart Monde 2014, le rapport du CESE 2014)

- Une proximité géographique : implantation notamment dans des quartiers en difficulté ou dans des zones déshéritées, y compris en milieu rural ;
- Des modalités d'accueil souples et adaptées aux besoins spécifiques de certaines populations : permanences de puéricultrices ou d'infirmières, durées de consultations plus longues que chez les médecins de ville et à l'hôpital ;
- De nombreux atouts dans le champ des modes d'accueil, des services de PMI pour mener à bien la mission d'accompagnement des EAJE et des assistant-e-s maternel-le-s : équipe pluridisciplinaire, expérience dans l'accompagnement de personnes et de familles, présence locale et maillage du territoire, participation aux travaux des commissions départementales d'accueil du jeune enfant (CDAJE) et des schémas départementaux des services aux familles.
- Une mission d'agrément, de contrôle et d'accompagnement des modes d'accueil exercée par la PMI non seulement sur la base de procédures techniques administratives et juridiques, mais en s'appuyant également sur cette expérience clinique et de terrain relative au développement des jeunes enfants et de la parentalité, expérience qui lui permet de veiller à la prise en compte des besoins de l'enfant et à la continuité de ses repères.
- Une inscription forte dans les réseaux de proximité : point d'entrée dans les réseaux de santé et médico-sociaux, elle prend également en compte la dimension sociale dans sa prise en charge des familles grâce à ses liens avec les autres services du département. Elle est à l'interface des acteurs de la petite enfance comme les intersecteurs de psychiatrie, la santé scolaire, les centres d'action médico-sociale précoce ou les modes d'accueil du jeune enfant.
- Une présence dès avant la naissance permettant un repérage précoce des situations complexes et la mise en place d'un suivi avant et après la naissance. Par sa connaissance du territoire, sa proximité, la PMI se positionne comme un acteur de coordination et contribue à la mise en œuvre d'actions adaptées à la situation de la famille. Cela suppose une coordination avec d'autres acteurs du champ de la santé notamment (médecine scolaire, médecine libérale...) et de la protection de l'enfance.
- Des modalités d'accès administratives et financières : gratuité des consultations, des vaccins notamment.

4.2 Activité des services de PMI

Les lois de décentralisation ont prévu que le département serait à la fois prestataire, coordonnateur et financeur¹². La PMI relève ainsi de l'action sociale obligatoire des conseils départementaux. Ceux-ci établissent leurs priorités en fonction des besoins de la population et des contraintes du territoire départemental. Plusieurs d'entre eux se sont dotés de schémas départementaux.

L'Etat n'intervient qu'en tant que financeur indirect à travers la dotation générale de décentralisation qui n'est toutefois pas fléchée, ce qui peut expliquer en partie les fortes disparités territoriales constatées.

¹² Les missions sont organisées par le président du conseil, soit en régie directe soit confiées par voie de convention à une structure (établissement de santé), à une autre collectivité (commune ou encore à une association général (CSP : article L.2112-4).

Un certain nombre d'actes médicaux sont remboursés aux conseils départementaux par l'Assurance maladie¹³ dans le cadre de conventions signées entre les présidents de Conseil départemental et les caisses primaires d'assurance maladie. Les actes ne figurant pas à la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou à la nomenclature générale des actes et prestations (NGAP), tels que les actes réalisés par des puéricultrices ou des psychologues, ne peuvent pas être pris en charge. Les organismes d'assurance maladie peuvent également, par voie de convention, participer sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale, aux autres actions de prévention médico-sociale menées par le département¹⁴. Mais la loi dispose qu'il s'agit là d'une possibilité et non d'une obligation. Or le financement des prestations offertes par la PMI ne donnant pas lieu à une rémunération à l'acte, tout en concourant à la santé de l'enfant, apparaît comme déterminant pour l'évolution des missions non strictement sanitaires de la PMI.

Il n'existe pas d'instance susceptible de prendre en compte la globalité des compétences de la PMI tant dans le champ de la santé en l'inscrivant dans une politique nationale que dans le champ de son action de prévention sanitaire et sociale (modes d'accueil, soutien aux parents).

L'activité des services de PMI se situe au carrefour des champs sanitaire et médico-social mais la globalité de leurs compétences n'est appréhendée ni par les agences régionales de santé qui n'interviennent pas dans son financement ni par les départements qui ne sont compétents que sur le seul volet de l'action sociale.

Notons que pour mieux appréhender l'ensemble des activités de la PMI, le CESE préconise de « confier à la DREES un programme de travail notamment sur les activités médico-sociales de la PMI et le partage de son activité entre services obligatoires et facultatifs, travail qui permettrait d'alimenter une réflexion sur l'efficacité de l'offre médico-sociale en faveur de la petite enfance qui reste à ce jour peu documentée¹⁵ ».

¹³ CSP : article L.2112-7

¹⁴ 2^e alinéa de l'article L.2112-7 du CSP

¹⁵ La remontée d'un certain nombre d'informations relatives à l'activité des services de PMI est organisée par la DREES qui recueille chaque année, auprès des départements, des données sur le nombre et la qualité des personnels et sur certaines activités (consultations, visites à domicile..) mises en œuvre par les services de PMI.

5 PMI et soutien à la fonction parentale (prévention universelle)

5.1 Contexte

5.1.1 Les actions de soutien à la fonction parentale

Le soutien à la fonction parentale regroupe l'ensemble des dispositifs et des actions mis en œuvre pour aider les parents à assurer leur fonction parentale et à surmonter les difficultés qu'ils pourraient rencontrer.

La circulaire ministérielle du 7 février 2012 définit ainsi les actions de soutien à la parentalité : « elles ont pour spécificité de placer la reconnaissance des compétences parentales comme fondement du bien-être et l'éducation de l'enfant et (...) elles privilégient une prévention « prévenante » attentive aux singularités individuelles, sans schéma prédictif, évaluatif ou normatif. Elles utilisent comme levier la mobilisation des parents qui ne sont pas seulement des bénéficiaires de l'action mais qui en sont les acteurs »¹⁶.

Son objectif principal est de valoriser les parents dans leur fonction éducative en les aidant à utiliser leurs aptitudes pour assumer pleinement leur rôle éducatif et affectif auprès de leur enfant.

Ce soutien peut concerner aussi bien les parents que les futurs parents.

5.1.2 L'évolution des familles

Ces dernières décennies, les familles ont beaucoup évolué : un enfant sur deux naît hors mariage, un enfant sur cinq vit dans une famille monoparentale, un enfant sur neuf vit dans une famille recomposée et plus d'un parent sur cinq déclare avoir souvent rencontré des difficultés dans l'éducation de ses enfants. Les familles sont par ailleurs confrontées à l'émergence de nouvelles questions telles que la complexification des relations parents/école ou l'utilisation importante d'Internet. Face à ces changements, les besoins et les attentes des parents ont évolué.

Les caractéristiques sociales des femmes se sont modifiées comme le montrent les résultats de l'enquête nationale périnatale réalisée en 2010 : plusieurs indicateurs montrent que la situation s'est dégradée pour les groupes les plus vulnérables, avec par exemple une hausse du chômage chez les conjoints, passant de 5,9 % à 8,5% de 2003 à 2010 parmi les femmes enquêtées¹⁷.

Ces évolutions mobilisent à la fois davantage et différemment le soutien à la fonction parentale d'autant que la place des pères est davantage investie par eux et prise en compte par les professionnels au cours des deux dernières décennies.

¹⁶ Les professionnel(le)s des services de PMI reconnaissent ainsi les principes fondamentaux du soutien à la parentalité tels que définis par le Conseil National du Soutien à la Parentalité (CNSP) comme principes pouvant s'appliquer à leurs pratiques professionnelles : « - la reconnaissance du parent comme premier éducateur de l'enfant - universalisme : les dispositifs et les actions s'adressent à l'ensemble des parents - ouverture à la diversité des modes d'organisation et des configurations familiales, des cultures, des caractéristiques socio-économiques, dans le respect des droits de l'enfant et dans le cadre de la loi - prise en compte du principe d'égalité homme/femme dans l'exercice de la parentalité - respect des places, statuts, et rôles de chacun : parents, professionnels, bénévoles »

¹⁷ Une cinquième enquête nationale périnatale va se dérouler en mars 2016 Elle permettra de suivre et d'analyser l'évolution de l'état de santé des femmes et de l'enfant, ainsi que l'évolution des pratiques professionnelles.

5.1.3 La COG Etat-CNAF 2013-2017

Pour aider concrètement les parents dans l'exercice de leur fonction de parent, l'Etat et la CNAF ont souhaité, par leur convention d'objectifs et de gestion (COG), reconnaître l'apport du soutien à la parentalité en l'instituant en politique publique à part entière. Les crédits consacrés à cette action devraient ainsi être doublés sur la période 2013-2017 pour permettre qu'une offre de service « parentalité » maille progressivement l'ensemble du territoire et réponde aux nouvelles attentes des parents : portail Internet dédié, lieux d'écoute et d'échange, accompagnement des parents dans le cadre de la périnatalité ou pour le soutien scolaire de leurs enfants, aide au départ en vacances des familles.

5.1.4 Les schémas départementaux des services aux familles (voir annexe 9-2)

Afin d'améliorer la mise en œuvre des politiques familiales, le gouvernement a rassemblé en 2013, les acteurs nationaux ou territoriaux du soutien à la parentalité et de la petite enfance pour engager une réflexion de modernisation de l'action publique (MAP). L'ensemble des acteurs ont déploré le manque de coordination entre les politiques de la petite enfance et celles du soutien à la parentalité, nuisant en cela à l'efficacité de ces politiques. En réponse, il a été décidé la création dans chaque département d'un schéma des services aux familles. Dans le cadre de la préfiguration des schémas départementaux des services aux familles, il a été remarqué que les départements participants ont peu pris en compte la dimension de soutien à la parentalité de la PMI que ce soit dans les diagnostics territoriaux ou les plans d'actions pour le développement du soutien à la parentalité.

5.2 Action de la PMI

5.2.1 Cadre et modalités d'intervention

La PMI concourt au soutien à la fonction parentale en :

- Proposant un lieu d'écoute de proximité où sont abordés les besoins de l'enfant dans son environnement et ses milieux de vie, à partir des préoccupations des parents portant sur la bonne santé et le "bien-grandir" de leur enfant dès la période prénatale
- Favorisant la bientraitance de l'enfant par des conseils aux parents par un accompagnement bientraitant des parents pour favoriser les échanges sur les besoins de leur enfant.
- Accompagnant l'émergence du sentiment maternel/paternel et en faisant prendre conscience des compétences du bébé, ce qui favorise les liens d'attachement
- Observant les interactions parents-enfants ce qui permet de repérer précocement les difficultés d'établissement du lien mère-bébé, mère-père-bébé.
- Offrant un accompagnement individualisé et personnalisé des familles.

Le soutien à la fonction parentale consiste en premier lieu à accompagner les parents, faire en sorte qu'ils aient confiance en eux, à promouvoir des relations parents-enfant de qualité en s'appuyant sur les ressources des parents et du bébé. Son point d'ancrage est la

présence, l'écoute, la disponibilité pour engager une aide qui même ponctuelle est parfois décisive.

L'action de la PMI en matière de soutien à la parentalité revêt une importance particulière dans la période périnatale, où la vulnérabilité des parents s'associe à un grand potentiel de changement chez le bébé.

La grossesse, apparaît comme un moment de vie privilégié et essentiel. Il s'agit de favoriser l'épanouissement de la femme, du couple, de l'enfant à venir et l'instauration de relations précoces satisfaisantes parents/enfants, d'aider les parents qui en ont besoin et, le cas échéant, de détecter d'éventuels dysfonctionnements. Pour cela, la triple dimension de la santé physique et du bien-être psychique et social de la grossesse est essentielle à prendre en compte.

L'entretien prénatal précoce, notamment, permet de favoriser l'expression des attentes, des besoins, des projets du couple et permet d'aborder dans une approche globale un certain nombre de questions relatives à la grossesse et à l'arrivée de l'enfant, ce d'autant plus qu'il s'inscrit dans un continuum du suivi préventif prénatal. En cela il constitue une porte d'entrée privilégiée pour fonder le soutien à la parentalité, puis le suivi de l'enfant qui se poursuivra sous des formes différentes au cours de la petite enfance (consultations, modes d'accueil, lieux d'accueil parents enfants...).

La naissance et les premiers mois de l'enfant sont également des moments clés.

Le soutien à la fonction parentale fait partie du quotidien des consultations de PMI. C'est également le cas lors des « pesées » sans rendez-vous, qui permettent aux parents de venir vérifier le poids du bébé dès la sortie de la maternité mais également d'échanger avec les autres parents présents. Les professionnels mettent à profit ce moment pour discuter avec les parents, les réassurer et répondre à leurs questions.

Le rôle essentiel des visites à domicile dans cet accompagnement mérite également d'être souligné : elles sont effectuées à la demande des familles ou avec leur accord à l'initiative des professionnels (sages-femmes, puéricultrices), en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers.

Comme en ont témoigné les participants au groupe de travail, il est parfois plus facile d'établir un contact avec les parents dès avant la naissance puis de faire connaissance avec le bébé dans son cadre de vie qui est son espace de sécurité. Aller au domicile est une pratique qu'utilisent quotidiennement les médecins généralistes et les infirmières libérales. En PMI, cette approche est effectivement d'autant mieux acceptée par les familles qu'elle est comprise comme une proposition d'aide pouvant potentiellement concerner tout parent, comme une attention particulière du fait de la naissance d'un bébé ou d'une inquiétude pour un jeune enfant. Au-delà des conseils prodigués par les professionnels de la PMI sur les soins à apporter à l'enfant, ses besoins, sa sécurité, se met en place un véritable travail d'accompagnement de la relation père-mère-enfant et du développement du bébé. Ce travail de prévention très précoce, délicat, réalisé par la PMI est mal connu. Il peut être menacé lorsque les liens entre le prénatal, le séjour à la maternité et le post-natal immédiat (programme d'accompagnement au retour à domicile -PRADO¹⁸-) ne sont pas suffisants. Il

¹⁸ Le programme PRADO de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés vise à renforcer le suivi post-partum des femmes ayant eu un accouchement sans difficulté médicale.

peut être également mis à mal, si les familles et les professionnels médicaux ne voient la PMI qu'à travers le prisme du repérage de la maltraitance.

Ces visites peuvent aussi faire suite à un suivi au cours de la grossesse, dans le cadre ou non d'un réseau, à un contact entre les puéricultrices et la maternité, à une demande des services sociaux. Enfin, les sages-femmes peuvent intervenir à partir de la déclaration de grossesse ou du premier examen prénatal, les puéricultrices à partir de certains éléments du premier certificat de santé reçu à la PMI. Elles peuvent proposer une aide à domicile par une technicienne de l'intervention sociale et familiale ou orienter, si nécessaire, les parents vers d'autres dispositifs.

Avant la naissance et au cours de la petite enfance, les services de PMI ont par ailleurs développé des actions collectives (séances d'information, préparation à la naissance, soutien à l'allaitement maternel, espaces rencontre parents ou futurs parents, accueils jeux parents-enfants, ateliers massage pour renforcer les liens et favoriser l'éveil sensoriel, actions collectives autour de la lecture, de la musique, du jeu, de l'éveil moteur...) qui contribuent à soutenir la fonction parentale et à conforter les parents dans leur rôle.

La santé et le soutien à la fonction parentale sont indissociables. Ils constituent les deux priorités pour tout professionnel de PMI.

En PMI c'est le principe d'universalisme et de spécificité des réponses qui prévaut. Tout parent doit pouvoir disposer du même socle d'intervention, complété par des prestations spécifiquement ajustées en fonction de ses besoins particuliers. Comme l'écrivait en 2010 le centre d'analyse stratégique, des interrogations éthiques invitent à privilégier une prévention « prévenante », attentive aux singularités individuelles, sans schémas prédictifs¹⁹.

La communication va pouvoir s'établir tout d'abord autour de questions pratiques et autour de l'intérêt porté au développement et à la santé de l'enfant dès la période prénatale. Les manifestations corporelles du bébé peuvent constituer le point d'entrée pour aborder avec les parents leurs difficultés.

C'est parce que ce soutien s'adresse à tous, sans stigmatisation sociale, qu'il est très efficace dans les situations de très grande vulnérabilité. L'expérience montre que les familles les plus en difficulté acceptent difficilement les propositions d'aide, si elles ne sont pas fondées sur une approche universelle des besoins des familles, sans déterminisme ni prédiction.

L'accompagnement à la fonction parentale exercé par les services de PMI permet ainsi de lutter contre les inégalités sociales de santé précoces et contre la reproduction de ces inégalités entre les générations.

5.2.2 Difficultés identifiées et propositions

(1) Une reconnaissance insuffisante du rôle de soutien à la fonction parentale de la PMI par les départements et par les partenaires

Alors que l'IGAS constatait en 2013 que le conseil départemental à travers ses services de PMI et d'ASE était l'un des grands acteurs qui agissent pour l'enfance et

¹⁹ Audition du Dr D.Lardière dans le cadre du groupe de travail

l'accompagnement de la parentalité, aux côtés de l'Etat, de la CAF et des communes²⁰, le soutien à la parentalité mis en œuvre au quotidien par la PMI n'est pas assez valorisé en tant que tel alors qu'il requiert une disponibilité suffisante, un travail pluridisciplinaire, des compétences (accompagnement des pratiques, approches d'observation...). Ces différentes approches se prolongent par des offres concrètes: groupes d'éveil, orientation vers un psychomotricien, soutien à l'allaitement...

Le rôle de la PMI n'est pas toujours connu et compris par ses partenaires au sein du conseil départemental.²¹

Par ailleurs, le service départemental de PMI reste aujourd'hui peu identifié dans le cadre des schémas départementaux des services aux familles comme un acteur de premier plan du soutien et de l'accompagnement des parents, bien que ce soit son cœur de métier. C'est notamment le cas dans certains schémas départementaux dans lesquels le service de PMI apparaît bien dans le volet « modes d'accueil » mais pas ou peu dans le volet « soutien à la parentalité ».

Pourtant si l'on regarde ce qui est attendu (IGAS 2013) « ne pas faire de l'accompagnement à la parentalité un avatar de la protection de l'enfance et positionner celui-ci comme une offre de service universelle et non stigmatisante », on retrouve les valeurs de la PMI.

Propositions :

- Associer davantage la PMI aux travaux portant sur les schémas départementaux des services aux familles Il apparaît nécessaire notamment d'outiller les partenaires des schémas pour leur permettre de mieux prendre en compte les actions d'accompagnement des parents et futurs parents proposées par les services de PMI. L'articulation de l'action de la PMI avec les différentes actions de l'ensemble des partenaires du territoire, en particulier la branche famille, est un élément important pour développer une offre cohérente de services aux familles. Le décret d'application de la loi sur la protection de l'enfant relatif aux protocoles de prévention²² pourrait y contribuer.
- Faire du soutien à la fonction parentale et au développement du tout-petit un thème de formation des acteurs concourant à la protection de l'enfance, tant dans le champ sanitaire, social qu'éducatif. Il apparaît indispensable que les professionnels, ayant des rôles bien différenciés mais complémentaires, aient une culture commune.
- Promouvoir le soutien à la fonction parentale pratiquée au quotidien et dans le cadre d'un accompagnement régulier (visites, consultations) par les services et les différents professionnels de la PMI (médecin, puéricultrice, auxiliaire de

²⁰ Note de synthèse intermédiaire, à destination du comité de pilotage, Cécile WAQUET, Philippe GEORGES, 27 mai 2013

²¹ La DGS a soutenu un outil dédié aux professionnels, le portail internet « Interventions précoces, soutien à la parentalité » qui y trouvent des informations, des textes de référence, des expériences pratiques (cf. travail de recueil d'expériences réalisé par la SFSP).

²² relatif à l'établissement par le président du conseil départemental d'un protocole avec les différents responsables institutionnels et associatifs amenés à mettre en place des actions de prévention en direction de l'enfant et de sa famille, notamment les caisses d'allocations familiales, les services de l'État et les communes

puériculture, sage-femme, éducatrice de jeunes enfants, psychologue, sagefemme...²³)

(2) Des attentes et besoins des familles qui se sont modifiés :

Le problème est un manque de confiance de certaines familles, leur peur d'être « repérées ». Des mères viennent au moment où elles ont une question à poser, en dehors des rendez-vous et ne veulent pas rencontrer un médecin ou une puéricultrice. L'exemple a été donné d'une grande méfiance vis-à-vis de la PMI manifestée par des familles accueillies dans un CHRS (familles venant de l'errance avec de jeunes enfants ou vivant dans une grande pauvreté). Même si la PMI est une ressource, les professionnels n'ont pas souvent conscience du sentiment de honte que peuvent ressentir ces familles de leur situation, ni de leur peur du placement (transmise à juste titre, de génération en génération). Ils ont besoin de compréhension, reconnaissance et du soutien des professionnels pour pouvoir construire une relation de confiance avec eux.

Le rapport de la DGS souligne par ailleurs que « les professionnels de PMI ont pu observer une évolution des demandes des parents : un sentiment d'hyper responsabilisation des parents, une tendance à la sur stimulation des petits. Un grand nombre de parents apparaissent désorientés et ont des besoins d'écoute et de soutien. Cependant, il est important de noter que toutes les évolutions ne sont pas négatives, ainsi, un changement d'attitude s'observe chez les parents qui n'acceptent plus d'être en situation passive de recevoir des conseils ou des préconisations, ils demandent à être partie prenante des décisions prises».

Proposition :

- Il ressort des échanges au sein du groupe de travail que le soutien à la parentalité ayant évolué dans le temps à la fois sur le plan théorique et pratique, il est important que les professionnels, dont les rôles sont bien différenciés mais complémentaires, bénéficient d'une formation pour mieux comprendre les besoins spécifiques et variés des familles et développent une culture commune²⁴.

(3) Une difficulté à maintenir les visites à domicile,

En raison notamment des difficultés de recrutement de professionnels, priorité est donnée aux missions considérées comme obligatoires ou prioritaires (consultations, situations de protection de l'enfance).

Le rôle des visites à domicile a été réaffirmé. Elles méritent d'être préservées et valorisées.

²³ A cet égard une étude réalisée en 2012 par un département dans le cadre de son projet de service montre que, sur 11 départements de plus d'un million d'habitants, de région parisienne et de province, tous disposent de médecins et de puéricultrices, 10 de sages-femmes, 9 de psychologues, 7 de conseillères conjugales, 6 d'auxiliaires de puériculture, 4 d'éducatrices de jeunes enfants et 3 de psychomotriciens.

²⁴ La DGS a soutenu un outil dédié aux professionnels, le portail internet « Interventions précoces, soutien à la parentalité » qui y trouvent des informations, des textes de référence, des expériences pratiques (cf. travail de recueil d'expériences réalisé par la SFSP).

Proposition :

Les statistiques annuelles pourraient s'attacher à identifier ce qui relève de la prévention précoce et du soutien à la fonction parentale dans les statistiques d'activité des professionnels de PMI et à recenser les actions y concourant, ce qui permettrait de les valoriser et de renforcer leur légitimité.

(4) Une coordination des acteurs qui reste insuffisante (notamment ceux intervenant dans le cadre périnatal):

La coordination des intervenants (et des interventions) auprès d'une femme enceinte est essentielle. Qu'il s'agisse des établissements de santé publics et privés, des médecins et des sages-femmes libérales, du service de PMI, du réseau de santé en périnatalité mais également d'autres professionnels comme les infirmières et puéricultrices, les assistantes sociales, les psychologues... Depuis la publication en 2006 d'un cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité, ceux-ci sont chargés de coordonner le suivi et la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés, d'informer et de former les professionnels de tous les secteurs. L'implication des services de PMI au sein des réseaux semble inégale, certains participant activement, d'autres pas comme cela a été exposé dans le cadre des échanges avec la plate-forme.

Une instruction du 3 juillet 2015 est venue compléter ce cahier des charges dans l'objectif notamment d'améliorer la couverture nationale des réseaux et de privilégier un réseau unique régional avec éventuellement des antennes pour agir au plus près des territoires. Le niveau régional n'est pas apparu pertinent si l'on se réfère aux modalités de mise en œuvre des missions de PMI (contacts étroits entre la sage-femme, la puéricultrice avec la maternité du secteur et les acteurs de proximité).

Une articulation insuffisante avec d'autres acteurs, notamment le programme PRADO porté par l'assurance maladie

Propositions:

- Prendre d'avantage en compte les petits réseaux périnataux de proximité (cf. feuille de route actions 59 et 60) : protocoles locaux de coopération, subventions...
- Mettre en place un partenariat systématique CPAM/services de PMI pour prévoir chaque fois que nécessaire une liaison de la part des sages-femmes intervenant au titre du PRADO avec les autres acteurs du suivi pré et post natal de PMI (proposition de la plate-forme validée par le groupe de travail). Ceci pourrait passer par des protocoles déclinés par département sous forme de convention Conseil départemental (PMI), CPAM, services de psychiatrie adulte et enfant.

6 PMI et protection de l'enfance

6.1 Contexte

6.1.1 Concertation sur la protection de l'enfance

Laurence Rossignol, Secrétaire d'État chargée de la famille, a engagé fin 2014 une large concertation avec l'ensemble des acteurs contribuant à la politique de protection de l'enfance. Des rencontres avec des jeunes ayant eu un parcours en protection de l'enfance, des parents, des associations représentant des usagers, des professionnels d'horizons variés... se sont tenues pour identifier collectivement des pistes d'amélioration et ont ainsi abouti à la définition d'une feuille de route sur la protection de l'enfance 2015-2017.

Plusieurs réunions se sont tenues dans ce cadre avec les professionnels. Une réunion a eu lieu le 9 mars 2015 avec les acteurs du champ de la santé dont les professionnels de la PMI autour d'un objectif partagé : Profiter de la période périnatale et de l'approche par le soin pour construire des propositions d'alliance avec les familles en situation de grande vulnérabilité.

Cette concertation a permis de partager les constats confirmant les conclusions des nombreux rapports relatifs à la protection de l'enfance, de dresser des pistes d'amélioration et notamment : désigner dans chaque département un médecin référent en protection de l'enfance, positionner clairement l'entretien prénatal précoce dans le code de la santé publique comme un temps dédié à la prévention périnatale, soutenir les réseaux de périnatalité, identifier et renforcer des équipes dédiées à l'évaluation de l'information préoccupante en soutenant la pluridisciplinarité et la formation...

La feuille de route pour la protection de l'enfance (plan d'actions 2015-2017) a été présentée aux assises de la protection de l'enfance.

Les grandes orientations définies dans le cadre de cette feuille de route sont les suivantes :

- Mieux prendre en compte les besoins de l'enfant, soutenir sa réussite et garantir la cohérence et la continuité de son parcours
- Améliorer le repérage et le suivi des situations de maltraitance, de danger ou de risque de danger
- Développer la prévention à tous les âges de la vie.

Des leviers du changement ont été identifiés : l'amélioration de la gouvernance (CNPE, ODPE, protocoles), la formation des cadres et des équipes, la recherche et la diffusion des savoirs et expériences.

6.1.2 Modifications législative des dispositions relatives au secret des médecins

La loi du 2015-1402 du 5 novembre 2015 visant à clarifier la procédure de signalement des situations de maltraitance a apporté les modifications suivantes aux dispositions existantes :

- Instauration, dans la loi du 9 juillet 2010 sur les violences faites aux femmes, d'une obligation de formation aux procédures de signalement (nouvel art 2)

- Extension à l'ensemble des professionnels de santé par les professionnels de santé des dispositions de l'article
- Référence aux dispositions du CASF relative à l'échange d'information dans le code pénal, et notamment la possibilité de saisir l'une des deux autorités (administrative ou judiciaire) dans les conditions prévues par la loi, la saisine de l'autorité judiciaire étant justifiée par la gravité de la situation et/ou l'absence de coopération de la famille ou l'impossibilité d'évaluer.
- Confirmation de l'exonération de responsabilité des professionnels de santé : civile, pénale et disciplinaire dès lors qu'un échange d'information (IP ou signalement) est effectué dans les conditions prévues par la loi (CASF essentiellement).

6.1.3 Feuille de route

Elle prévoit de renforcer la prévention à tous les âges de l'enfance, notamment en période périnatale (actions 56, 58, 59, 60) et d'améliorer le repérage et le suivi des situations de maltraitance, de danger ou de risque de danger (médecin référent - actions 44 et 47, information préoccupante - actions 46 et 48).

6.2 Action de la PMI

6.2.1 Le rôle de la PMI

La PMI contribue fortement à la protection de l'enfance par son action préventive. Cette action se situe en amont de la survenue de difficultés importantes pouvant conduire à des actes mettant en danger l'enfant. La PMI intervient en effet sur tous les déterminants de la santé, sur le contexte général de vie des enfants et permet d'apporter une réponse en termes de santé globale et de soutien à la fonction parentale.

« les parents qui sont soutenus à l'occasion d'accueils, de consultations, d'entretiens, de visites à domicile, d'actions collectives, sont eux-mêmes les acteurs-clés de prévention auprès de leurs enfants, par la confiance gagnée en leur propre capacité de contribuer à la bonne santé et au développement de leur enfant dans tous ses milieux de vie (...) Le dispositif de PMI, préventif en amont de la protection de l'enfance, est également un "rempart" contre le débordement des situations (ex. prévention du bébé secoué...) et évite dans certains cas la transmission mal fondée d'informations préoccupantes (contribution de la plate-forme PMI) »

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance ²⁵ a fait de la prévention un volet à part entière de la protection de l'enfance. La prévention repose dans cette loi en grande partie sur la protection maternelle et infantile à laquelle est donnée une compétence dans le domaine de la prévention sociale et médico-sociale beaucoup plus marquée qu'auparavant (article L 2112 du code de la santé publique).

²⁵ Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance

Ainsi des moments clefs de la prévention sont identifiés au cours de la période périnatale et de l'enfance²⁶.

Par ailleurs la loi du 5 mars 2007 a amélioré le dispositif d'alerte et d'évaluation des situations des enfants en danger ou en risque de danger avec la mise en place dans chaque département d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes.

6.2.2 Difficultés identifiées et propositions

(1) Constat

Le développement de la prévention recherché par la loi de 2007 reste limité et les professionnels de PMI se sentent globalement fragilisés dans l'exercice des missions de prévention.

Les professionnels de PMI dénoncent la façon dont la PMI est trop souvent mobilisée pour évaluer les informations préoccupantes. En effet, les équipes sont dorénavant beaucoup plus sollicitées pour intervenir au titre de la protection de l'enfance, mandatées par le président du conseil départemental, pour des évaluations d'IP pouvant venir d'autres services. Cela a eu deux types de conséquences pour les équipes : un surcroît de travail à moyens constants ; une confusion des rôles entre prévention et évaluation sociale mettant les équipes en difficulté lorsqu'elles sont sollicitées pour effectuer des évaluations auprès des mêmes familles qu'elles suivent par ailleurs dans une relation de soutien. La plate-forme PMI, à ce titre, fait état de problèmes éthiques soulevés par les professionnels et de stratégies d'évitement développés par certains parents.

Pour les professionnels de PMI, la loi de 2007 a trop ancré le dispositif de PMI dans l'évaluation et dans le repérage ciblé au détriment de la prévention universelle ou ajustée.

D'autres dispositions de la loi de 2007 ont pu brouiller les cartes du dispositif de PMI, c'est le cas de l'entretien prénatal précoce (voir supra) inscrit depuis 2007 comme « entretien psycho-social » (art. L. 2112-2) : cette disposition a changé la posture de la PMI la faisant passer d'une position initiale d'accompagnement préventif à une posture de détection de signes d'une parentalité ultérieure potentiellement déviante (cf. plate-forme PMI).

(2) Préconisations

Les travaux du groupe PMI se sont tenus préalablement au vote de la loi sur la protection de l'enfance, le 14 mars 2016. Cela a permis de prendre en compte les difficultés évoquées précédemment

Il est apparu nécessaire que l'évaluation des informations préoccupantes concernant un enfant ne soit pas habituellement confiée aux professionnels régulièrement en charge des actions de prévention, de soins, d'accompagnement de ce même enfant et de sa famille.

²⁶ La loi rend obligatoire l'entretien psychosocial au cours du quatrième mois de grossesse et confirme des actions d'accompagnement à domicile de la femme enceinte, des actions médico-sociales et de suivi en période post-natale, assurées en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents, à la maternité, à domicile, dans l'objectif d'apporter l'aide nécessaire aux parents, le plus précocement possible (article 1er de la loi).

La loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant et la feuille de route pour la protection de l'enfance 2015-2017 de la secrétaire d'Etat chargé de l'enfance et de la famille donnent toute sa place à la PMI dans le dispositif.

L'entretien prénatal précoce a désormais trouvé sa juste place (cf. partie sur la PMI et le soutien à la parentalité).

Un autre enjeu de la feuille de route est d'améliorer le repérage et le suivi des situations de maltraitance, de danger ou de risque de danger.

S'agissant de l'évaluation de l'information préoccupante, la loi dispose ainsi que « L'évaluation de la situation d'un mineur à partir d'une information préoccupante est réalisée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels identifiés et formés à cet effet. A cette occasion, la situation des autres mineurs présents au domicile est également évaluée. Un décret précise les conditions d'application du présent alinéa. »

Les professionnels de la PMI ont relevé que la mission d'évaluation des informations préoccupantes nécessite **une formation et un encadrement technique spécifiques et qu'elle devrait être réalisée par des professionnels formés**. De plus le croisement des regards de professionnels de différentes disciplines apparaît nécessaire pour évaluer une situation. La disposition prévue dans la loi du 14 mars 2016 va permettre cela. Les professionnels de PMI sont, de formation et d'expérience, particulièrement à même d'évaluer la qualité des interactions mère-enfant, parents-enfants et de reconnaître la sémiologie fine des souffrances précoces du bébé et du jeune enfant pouvant laisser craindre des faits de carence ou de maltraitance (plate-forme PMI). Ils ont donc toute leur place dans le dispositif d'évaluation. Néanmoins ce travail doit s'accomplir avec une articulation fine et pensée entre les dimensions de prévention et de protection : ainsi la coopération entre services de PMI et de l'ASE ne doit pas conduire à une substitution des missions de la PMI par celles de l'ASE. Les modalités de travail entre l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et la PMI doivent être définies.

Sans entraver le principe de libre administration des collectivités locales, il est donc souhaité que le décret puisse indiquer, autant que faire se peut ces articulations, ainsi que le fait que les équipes en charge de l'évaluation de l'information préoccupante soient dans la mesure du possible des équipes spécifiques, les professionnels intervenant dans le cadre de l'évaluation ne pouvant, sauf exception, être les mêmes que ceux déjà en charge de l'enfant au titre d'une mission de prévention, de soin ou d'accompagnement social ou éducatif.

Afin d'améliorer le repérage des maltraitances et l'évaluation des situations de danger ou de risque de danger notamment de la part des médecins de ville qui ne sont à l'origine que d'une très faible part des remontées d'informations préoccupantes et de signalements la loi prévoit la désignation dans chaque département d'un médecin référent, chargé d'organiser les coordinations entre les services du département, la cellule de recueil des informations préoccupantes d'une part et les médecins libéraux, hospitaliers, de santé scolaire d'autre part..

Ce médecin peut être un médecin de la PMI. Toutefois comme l'a souligné la commission des affaires sociales du Sénat "l'activité du médecin référent ne devra pas conduire à affaiblir la mise en œuvre des nombreuses autres missions déjà assurées par la PMI".

Tout en soulignant l'intérêt de ces dispositions, la plate-forme rappelle qu'elles supposent que des moyens en effectifs suffisants, en compétences pluridisciplinaires

variées, en formation et en accompagnement des pratiques accessibles, soient réunis pour les équipes de PMI dans les départements, afin que celles-ci puissent continuer à exercer leur missions primordiales de prévention primaire, individuelle et collective, dans le domaine de la santé globale et du soutien à la fonction parentale, en les articulant avec leurs missions entrant dans le champ de la protection de l'enfance. Plus généralement, assurer la "juste place" de la PMI dans le dispositif de protection de l'enfance suppose aussi un portage de la politique de PMI au plan national en articulation avec les responsabilités des départements.

Enfin le développement de la formation est identifié dans la feuille de route comme un des leviers du changement permettant d'atteindre les objectifs fixés notamment de développement de la prévention et d'amélioration du repérage des situations de danger.

Il s'agit de sensibiliser tous les intervenants auprès des enfants au repérage des signes de souffrance chez l'enfant et aux dispositifs à mobiliser en cas de doute avec l'objectif de renforcer la place de la protection de l'enfance dans les programmes de formation des différents professionnels travaillant auprès des enfants .

Comme le notent les professionnels de la PMI la plupart des informations préoccupantes sur de tous jeunes enfants concernent des familles non connues de la PMI : il convient donc de mieux former les professionnels aux dimensions de prévention précoce, au repérage de signes de souffrance que ce soit les médecins des urgences hospitalières ou les médecins libéraux.

La désignation d'un médecin référent, inscrite dans la loi du 14 mars 2016, qui permettra d'améliorer les articulations notamment avec les médecins libéraux ainsi que la nouvelle mission donnée aux observatoires départementaux de la protection de l'enfance en matière de programmation et de suivi des formations pour l'ensemble des professionnels concourant à la protection de l'enfance constituent des voies pour améliorer cette formation.

Les professionnels de la PMI doivent être mieux formés à la prise en compte des situations sensibles comme celles des familles ayant eu des antécédents en protection de l'enfance et les professionnels de l'aide sociale à l'enfance aux enjeux de la maternité et de la toute petite enfance. La démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant, prévu par la feuille de route, permettra d'obtenir des références partagées sur ce sujet .

L'ensemble des professionnels de PMI, de l'ASE et tous les intervenants auprès des enfants (juges des enfants compris) doivent aussi être mieux formés à repérer et prendre en charge les formes de maltraitance moins bien connues que sont:

- les situations de suspicion de maltraitance où il y a urgence à protéger: par exemple les situations de bébés porteurs d'hématome(s) ou de fracture(s) avant qu'ils soient en capacité de se déplacer, bébés secoués,
- les situations de négligence précoce et grave dont les effets sur le développement de l'enfant (déficience intellectuelle, perturbation de l'attachement, troubles du comportement, violences) seront irréversibles au-delà de l'âge de deux ans si les enfants ne sont pas protégés et pris en charge. Ce sont des situations souvent rencontrées en PMI et à l'ASE.
- les effets sur les enfants des violences conjugales.

Enfin l'amélioration de la formation des professionnels de PMI doit s'accompagner d'un travail sur la supervision des pratiques. Une réflexion devra être menée sur le sujet pour voir comment promouvoir une organisation des services favorisant le développement de telles actions en s'appuyant notamment sur l'intégration de psychologues dans les équipes de PMI et sur l'articulation de leur organisation entre le pré et le post-natal.

Il est également souligné l'importance, au-delà des enjeux de formation, de disposer d'un panel de réponses pour faire face à des situations de risque en périnatalité, telles celles "d'errance" durant la grossesse ou en sortie de maternité, ou celles tenant à des troubles psychologiques ou psychiatriques graves chez les futures mères ou futurs parents : les structures spécialisées d'accueil mère-bébé, couples-bébés en cours de grossesse et dans l'immédiat post-natal sont très contributives à cet égard.

7 PMI et modes d'accueil du jeune enfant

7.1 Contexte

7.1.1 Données chiffrées

Selon la dernière étude de la DREES, fin 2013 :

- Près de 12 700 établissements (crèches, halte-garderie, établissements multi-accueil, etc.) accueillait des jeunes enfants en France métropolitaine. Ils offraient 396 000 places. Au regard des différents modes de garde et pratiques en matière de scolarisation des enfants de moins de 3 ans, le nombre moyen de places d'accueil de tous types est de 64 pour 100 enfants de moins de 3 ans en France métropolitaine. Ce nombre varie entre 31 et 106 places avec des disparités géographiques marquées²⁷.
- 322 000 assistants maternels offraient 982 000 places.

7.1.2 COG CNAF

Le développement d'une offre d'accueil des jeunes enfants en direction de toutes les familles et de tous les territoires constitue l'un des axes majeurs de la COG signée par l'Etat et la CNAF pour la période 2013-2017. La CNAF et les CAF ont ainsi vocation à mener des actions tendant en particulier à :

- Réduire les disparités territoriales et les inégalités sociales en matière d'accueil du jeune enfant grâce au renforcement des capacités de diagnostic et à la participation à l'élaboration des schémas départementaux des services aux familles, à la mise en œuvre d'un accompagnement financier plus soutenu dans des territoires identifiés comme prioritaires et au renforcement de l'accès des familles les plus modestes aux différents modes d'accueil
- Poursuivre le développement de l'offre d'accueil collectif du jeune enfant et d'une offre d'accueil individuel de qualité
- Poursuivre le soutien aux projets innovants répondant à des besoins spécifiques des familles

7.1.1 Les schémas départementaux des services aux familles (voir annexe 9-2)

Cf. supra paragraphe 5.1.4

7.1.2 Débat scientifique et public : "Développement du jeune enfant, modes d'accueil, formation des professionnels"

Par lettre du 16 juin 2015, Laurence Rossignol, Secrétaire d'Etat chargée de la Famille, de l'Enfance, des Personnes âgées, et de l'Autonomie, auprès de la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, a confié à Sylviane Giampino la mission de piloter, avec l'appui de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), une réflexion sur

²⁷ Etudes et résultats, n°931, août 2015, « Offre d'accueil des enfants de moins de 3 ans en 2013 : le nombre de places continue d'augmenter »

les modes d'accueil individuel et collectif, autour d'une ligne claire, celle du développement de l'enfant.

Cette mission doit permettre de dégager des grands principes pour un projet d'accueil cohérent des enfants de moins de 3 ans et pour penser l'évolution future des formations des professionnels de l'accueil.

Le rapport final de la mission devrait être remis à Laurence Rossignol fin mars 2016.

7.1.3 Etude sur les critères d'agrément des EAJE

La DGCS a lancé en début d'année 2015 une étude relative aux règles de conception, de fonctionnement et d'organisation des établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) et à leur application par les services départementaux de PMI.

A la suite de cette étude, un groupe de travail se réunira afin d'éclaircir, à droit constant, les éléments de réglementation dont il apparaît qu'ils posent difficultés aux acteurs de terrain via des fourchettes de pratique, des conseils d'organisation ou de coordination inter-administrative, des bonnes pratiques. Les conclusions de ces travaux seront rendus à la fin de l'année 2016 ou au début de l'année 2017.

7.2 Action de la PMI

7.2.1 Cadre et modalités d'intervention

Les textes prévoient que l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile qui comprend **la surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que le contrôle, la surveillance, la formation et l'accompagnement des assistants maternels (Articles L2111-1 et 2111-2 du code de la santé publique)**.

Ces missions sont confiées au président du conseil départemental et à son service de PMI.

C'est le décret du 1/8/2000 intégré depuis au code de santé publique qui a rénové en profondeur le cadre réglementaire pour les établissements et services d'accueil des jeunes enfants (EAJE). Il a défini pour la première fois un projet d'établissement type comportant notamment un projet éducatif, un projet social et le cas échéant les dispositions particulières prises pour l'accueil des enfants handicapés ou atteints de maladie chronique. Il abordait aussi les questions relatives à la qualification des directeurs d'établissement et du personnel encadrant les enfants.

Le président du conseil départemental dispose d'un pouvoir d'autorisation pour la création de structures privées d'accueil collectifs des jeunes enfants et donne un avis sur les projets de création de structures d'accueil collectifs des jeunes enfants qui sont proposés par des personnes morales de droit public²⁸. Il est assisté pour l'exercice de ces missions par

²⁸ L2324-1 du CSP

le médecin départemental de la PMI qui dispose de compétences particulières qu'il peut déléguer à des médecins de son service²⁹.

Tous les EAJE sont également soumis au contrôle et à la surveillance du médecin responsable du service départemental de PMI. Le médecin responsable délègue cette action à d'autres médecins de PMI, à des puéricultrices ou des EJE formés à cet effet. Lors de ces contrôles, un point sera fait sur les locaux, le personnel et le fonctionnement de la structure. Le cas échéant, le médecin responsable de PMI demande au gestionnaire de mettre en place des mesures correctives dans des délais définis avec lui.

Le président du conseil départemental dispose d'un pouvoir de sanction administrative (par exemple réduction de la capacité d'accueil si le personnel est en nombre insuffisant). Le préfet peut procéder à la fermeture d'une structure privée ou adresser à un gestionnaire public une injonction de fermeture d'établissement.

Les textes prévoient que le président du conseil départemental agréé tous les assistants maternels quelque soit leur employeur, même quand ils dépendent d'une collectivité ou d'une association. Il peut également retirer l'agrément aux assistants maternels. Le département est chargé d'organiser et de financer la formation des assistants maternels prévue dans le code de la santé publique avant l'accueil d'enfants et en exercice³⁰. Il est assisté pour l'ensemble de ces missions par le service départemental de PMI. Celui-ci est expressément désigné pour assurer le suivi des pratiques professionnelles des assistants maternels employés par des particuliers, celui des autres assistants maternels relevant de la compétence de leurs employeurs.

Outre ces missions, le président du conseil départemental et son service de PMI participent à la mise en œuvre de la politique d'accueil du jeune enfant dans le département, à travers le pilotage et l'animation des travaux de la commission départementale d'accueil du jeune enfant³¹ et des schémas puis plus récemment dans le cadre de l'élaboration des schémas départementaux des services aux familles à l'élaboration desquelles participent d'autres acteurs, tels que l'Etat, les CAF, les CMSA, les communes, les gestionnaires associatifs et commerciaux.

7.2.2 Difficultés identifiées et propositions

(1) Des personnels insuffisamment préparés à assurer l'évaluation et le contrôle des modes d'accueil du jeune enfant (accueil collectif et individuel)

Ce qui fonde l'intervention du service de PMI, ce sont les missions qui lui ont été confiées par le législateur : assurer l'agrément, le contrôle et le suivi de l'ensemble des modes d'accueil, qu'ils soient collectifs ou individuels. Le point commun avec ses autres missions est la population accueillie, les enfants, dont il faut garantir le bien-être. L'accompagnement parental s'est développé. Il existe une congruence entre les besoins et l'offre de la PMI dont les domaines de compétences professionnels (médecins, puéricultrices, EJE, psychologues)

²⁹ On peut aussi citer la formulation d'avis au président du conseil départemental sur des demandes de dérogation relatives aux sujets suivants : la capacité maximale d'un établissement à gestion parentale (R2324-25 du CSP) et les qualifications et l'expérience du (de la) directeur-trice d'établissement (R2324-46-2 du CSP)

³⁰ D421-44 du CASF

³¹ L. 214-5 et D214-3 du CASF

sont susceptibles de couvrir l'ensemble des champs, si les services de PMI se sont dotés de personnels correspondants à ces profils.

Cette pluralité d'approches concourt à éviter tout caractère arbitraire aux décisions prises dans le cadre de l'agrément. Il s'agit d'une compétence à acquérir. Au-delà de la compétence technique, parce que la PMI est un service opérationnel de terrain, elle a développé une sensibilité aux besoins de l'enfant et des parents. De plus, le service de PMI occupe un positionnement adapté, suffisamment proche du terrain d'exercice des assistant(e)s maternel(le)s, inscrit dans les dynamiques sociales que les départements impulsent) et suffisamment à distance des seules contingences locales. Le département est en capacité de définir une politique d'agrément, de suivi des plaintes et des recours, cohérente et équitable au plan départemental sur la base de référentiels nationaux.

C'est l'ensemble des procédures dans lesquelles la PMI est engagée qui permettent d'assurer la qualité des modes d'accueil.

La Cour des comptes dans son rapport de novembre 2013 sur la petite enfance, après avoir constaté les insuffisances des contrôles effectués par les services départementaux de la PMI³², recommandait de renforcer les contrôles en développant la coordination entre les caisses d'allocations familiales et les départements³³.

Le CESE dans son rapport d'octobre 2014 sur la PMI examinait plus en détail la question du contrôle et relevait la redondance possible entre les contrôles effectués par les services départementaux de PMI et d'autres contrôles relevant du médecin de l'établissement (santé des enfants, actions de promotion de la santé auprès des personnels et des parents), de la CAF et de la MSA (au titre du financement) et d'autres administrations comme la commission d'accessibilité des établissements aux personnes handicapées. Il était aussi suggéré de lancer une réflexion sur la remise à plat de la procédure d'autorisation afin de recentrer le suivi sur la santé et le bien-être des enfants accueillis et de mieux programmer et cibler les contrôles sur les structures ne bénéficiant pas d'un concours régulier d'un médecin, comme les micro-crèches.

Les textes ne prévoient pas de périodicité des contrôles. En pratique ils sont souvent déclenchés par des plaintes (parents, professionnels...) ou par des critères de priorité tels que la fréquence d'accidents d'enfants, le turn-over du personnel ou l'absence de directeur. Il existe aussi des difficultés de coordination entre les services de PMI et les préfets, celui ne disposant pas de service d'inspection dans le domaine de la petite enfance et il faut souligner que l'évaluation et le contrôle ne font pas partie de la formation initiale de ces professionnels.

³² Les contrôles n'étaient pas selon la Cour vraiment organisés, elle recommandait que :

- Les conseils départementaux « établissent un plan de contrôle annuel avec un référentiel pour veiller à la qualité de l'accueil et prévenir la maltraitance »
- Pour éviter la dispersion des contrôles et augmenter leur efficacité, les différents intervenants devraient partager leur plan de contrôle et circulariser leurs rapports, notamment en cas d'avis de la commission de sécurité.
- Les communes pourraient être davantage associées aux procédures de contrôles et leur avis sur les créations de structures devrait être systématiquement sollicité. De même, le partenariat entre le conseil général et la CAF mériterait d'être davantage développé, par exemple, au travers de contrôles conjoints, de procédures mixtes et de bilans partagés. Un travail en réseau devrait également permettre la mise en commun d'informations et pourrait prévenir notamment le développement des crèches clandestines. Pour garantir une meilleure cohérence de l'action publique locale en matière d'accueil de la petite enfance, la caisse et le conseil général pourraient orienter les gestionnaires des structures d'accueil vers une démarche « qualité ».

³³ Les contrôles du conseil départemental portent essentiellement sur la qualité de l'accueil collectif et individuel tandis que la caisse d'allocations familiales exerce un contrôle administratif et financier des EAJE éligibles à la PSU. Les communes s'impliquent assez peu dans les contrôles des structures d'accueil.

Les contrôles restent insuffisants et pourraient être optimisés par une plus grande concertation entre les différents acteurs.

Le maintien du rôle du médecin responsable de la PMI est considéré par la plate-forme comme fondamental pour assurer la responsabilité et le pilotage des procédures, sachant notamment l'hétérogénéité des organisations départementales pour l'exercice des missions de la PMI.

L'article R2324-23 du code de la santé publique (décret du 7/6/2010) prévoit que la visite sur place de l'établissement peut être effectuée par le médecin départemental de PMI « ou par un médecin ou une puéricultrice de ce service ou à défaut par un professionnel qualifié dans le domaine de la petite enfance de ce service qu'il délègue.

Considérant que les termes « professionnel qualifié dans le domaine de la petite enfance » ne garantissent pas un niveau de qualification suffisant la plate-forme préconise que cette délégation soit fixée au minimum au niveau III (médecins, puéricultrices, infirmières, EJE). Elle considère en outre que la formation des professionnels assurant cette mission est un enjeu majeur qui nécessite une implication forte des acteurs concernés (conseils départementaux, CNFPT, services ministériels. Une formation à l'agrément et au contrôle des établissements est souhaitable quel que soit le professionnel. Il y a lieu à la fois d'améliorer la formation proposée par le CNFPT et de la rendre obligatoire pour l'exercice des missions. Pour la plate-forme, le contrôle engageant le PCD, il est raisonnable qu'il ne soit effectué que par des médecins, puéricultrices, infirmières, EJE. Les professions titulaires d'un diplôme de niveau IV ou V n'ont pas les mêmes acquis dans l'exercice que les puéricultrices ou les EJE. Elle considère que le décret de 2010 a trop élargi le champ des professionnels susceptibles d'intervenir.

La question se pose de la façon dont le médecin responsable de PMI est reconnu dans son expertise par sa hiérarchie. Si le PCD ne suit pas l'avis du médecin responsable, il faudrait que le rapport de celui-ci reste consigné dans le dossier de la structure. Il est rappelé que le contrôle relève directement de la responsabilité du médecin responsable³⁴.

Le groupe de travail confirme l'intérêt des compétences spécifiques de la PMI mais considère surtout qu'une formation est nécessaire pour exercer les fonctions d'agrément et le suivi quel que soit le professionnel qui intervient. Il y a lieu à la fois d'améliorer la formation proposée par le CNFPT et de la rendre obligatoire pour l'exercice des missions.

Une clarification réglementaire est souhaitée pour l'administration de médicaments dans les EAJE, d'autant que des réponses divergentes ont été données dans le cadre de question écrites (rôle de conseil de la PMI pour l'élaboration de protocoles au sein des établissements).

Propositions :

- Maintenir la compétence du médecin responsable de la PMI dans les procédures d'avis/autorisation et de contrôle des EAJE ;
- Limiter la possibilité d'effectuer des contrôles aux médecins, puéricultrices, infirmières, EJE ;
- Former les professionnels des services de PMI à l'agrément, à l'évaluation et au contrôle des EAJE, sur le plan technique et juridique ;
- Clarifier les dispositions relatives à l'administration de médicaments dans les EAJE.

³⁴ Art. L2324-2 et R2324-14, R2324-48 du CSP

(2) Le suivi et l'accompagnement des assistants maternels, des missions insuffisamment développées et difficiles à exercer

Les missions des services de PMI sont effectuées dans un cadre pluridisciplinaire. Les puéricultrices ont un rôle propre très important. Ce sont elles qui réalisent le plus souvent les visites à domicile. La coordination des interventions du " binôme" médecin et puéricultrice ou puéricultrice et EJE selon les organisations départementales, chacun dans son champ de compétence et à des temps différents ou communs, constitue une condition essentielle du bon déroulement du suivi des enfants et des familles.

La notion de suivi et d'accompagnement par les services de PMI est d'autant plus cruciale que les assistants maternels sont les professionnels les moins formés des modes d'accueils réglementés et qu'elles ont un mode d'exercice isolé.

L'activité relative aux modes d'accueil est très consommatrice de temps, notamment l'agrément et le suivi des assistant-e-s maternel-le-s par les puéricultrices, sans remettre en cause leur compétence dans ce domaine.

Dans son rapport relatif à la PMI (2006), l'IGAS s'était interrogée sur la charge de travail que représente pour les professionnels, en particulier les puéricultrices, un suivi annuel réglementaire des assistants maternels. Cette charge représentait déjà en 2003 pour les puéricultrices de l'Essonne, 33% des visites à domicile et 21 % de leur temps de travail. L'IGAS s'est posée la question de la valeur ajoutée de la PMI puisqu'elle intervient dans la relation entre le parent employeur et l'assistant maternel et s'est demandée si les puéricultrices étaient les mieux placées pour l'agrément et le suivi des assistant(e)s maternel(le)s et si ces tâches des puéricultrices et des services de PMI dans leur ensemble n'empiétaient pas sur leur cœur de métier plus orienté vers la santé, d'autant que d'autres administrations ou partenaires pourraient intervenir dans ce champ (municipalités...). Deux propositions avaient été formulées par l'IGAS, maintenir la mission au niveau du service de PMI et créer une équipe pluridisciplinaire puéricultrices, assistantes sociales et psychologues ayant reçu une formation et conserver une procédure d'agrément gérée par le service de PMI mais sans suivi annuel réglementaire. Le projet de mettre en place un suivi annuel réglementaire n'a pas abouti.

Dans le rapport de l'IGAS de février 2013 relatif à l'évaluation du soutien à la parentalité³⁵, il était également constaté que « les départements déclarent ne pas être en mesure d'assurer leurs missions de suivi et d'accompagnement des assistants maternels : les contacts des services de la PMI avec les assistant(e)s maternel(le)s sont souvent réduits aux demandes de renouvellement ou de modification d'agrément. Beaucoup estiment que le rôle de suivi et d'accompagnement devrait plutôt être rempli par les RAM, avec lesquels certains coopèrent de manière active. ».

Le rapport du CESE de 2014 a évoqué plusieurs pistes et suggéré de définir une procédure harmonisée et nationale pour la délivrance des agréments.

Une harmonisation des pratiques des services de PMI au plan national serait nécessaire afin que les critères présidant à l'agrément et au suivi des assistant(e)s maternel(le)s respectent bien les référentiels nationaux. Cela requiert des échanges au plan national entre les services de PMI. Cela requiert également une attention particulière à la formation des

³⁵ Note de synthèse intermédiaire, à destination du comité de pilotage, Cécile WAQUET, Philippe GEORGES, 27 mai 2013

professionnels de PMI dans les départements autour de l'application des référentiels d'agrément et des pratiques d'accompagnement des assistant(e)s maternel(le)s.

Les participants au groupe de travail considèrent que, malgré les critiques faites dans les différents rapports, les services de PMI disposent, plus que tout autre acteur pour cette mission, des compétences variées et complémentaires dans le domaine de la petite enfance et de la capacité de réaliser les procédures sur le plan de la réglementation et du conseil technique : le suivi et l'accompagnement des assistants maternels doivent donc rester une mission du service de PMI mais l'articulation de la PMI et des RAM sur le plan des missions de suivi et d'accompagnement des assistants maternels doit être précisée.

Pour certains membres du groupe de travail, les 120 heures de formation obligatoire de l'assistant maternel ne sont pas suffisantes au regard des responsabilités qu'assurent les assistant(e)s maternel(le)s quotidiennement : en effet elles peuvent accueillir de très jeunes enfants à partir de l'âge de 10 semaines, être agréées pour l'accueil de 4 enfants, travailler en Maisons d'assistant(e)s maternel(le)s et ainsi participer à un accueil de 16 enfants. Ils pensent donc souhaitable de prévoir une augmentation du temps de formation obligatoire et une formation continue effective, autour des grands domaines de la pédagogie, de la psychologie et de la santé, des relations parents-professionnels ainsi que des enjeux juridiques inhérents à la profession. La plate-forme suggère dans ce cadre de revoir la passerelle vers un CAP petite enfance rénové avec l'objectif futur de généraliser une telle formation diplômante à toutes les assistant(e)s maternel(le)s, ainsi que de permettre à celles qui le souhaitent le passage vers la formation d'auxiliaire de puériculture. La plate-forme estime aussi qu'il serait utile de compléter les éléments généraux de la formation, définis par voie réglementaire et par référentiels, par des éléments touchant aux spécificités de l'accueil dans un cadre territorial donné.

La plate-forme constate aussi l'absence de cadre de référence pour les maisons d'assistant(e)s maternel(le)s (MAM) qui conduit à observer de grandes disparités de fonctionnement, avec dans de nombreux cas : autogestion d'un groupe d'adultes accueillant des jeunes enfants, sans projet d'accueil collectif institué, sans accompagnement technique régulier et de proximité ; risque d'instabilité de la structure très préjudiciable à la continuité du service offert. La place et les responsabilités des services de PMI et donc des présidents de conseil départemental s'avère très périlleuse. L'agrément est accordé à chaque assistante maternelle à partir de son propre projet et de sa participation à celui de la structure dans les conditions d'accueil qu'offre le local, mais sans prérogative claire pour systématiser le travail des candidates sur le projet collectif, c'est-à-dire les enjeux du "travailler ensemble".

La plate-forme souhaite voir reconnaître juridiquement, outre ce qui concerne les conditions de la délégation d'accueil entre assistant(e)s maternel(le)s, la part de dimension collective de l'accueil pratiqué dans ces structures spécifiques et établir réglementairement des critères de fonctionnement et d'accompagnement technique des MAM (ainsi que d'exercice simultané des assistant(e)s maternel(le)s en MAM et à domicile). Ceci permettrait de clarifier les rôles de la PMI d'une part pour le suivi et le contrôle individuel des assistant(e)s maternel(le)s, de l'accompagnant technique d'autre part agissant notamment sur la régulation du fonctionnement collectif de la structure. La plate forme milite pour l'élaboration d'un décret relatif à un référentiel pour les MAM. Celui-ci viserait également à garantir une harmonisation suffisante des pratiques autant du point de vue des assistant(e)s maternel(le)s que des services de PMI.

L'enjeu de la qualité d'accueil dans les MAM conduit également à questionner l'effectif d'enfants qu'un tel regroupement peut rassembler. Les micro-crèches, qui sont des structures collectives disposant d'une référence technique permanente, sont limitées à un effectif de 10 enfants accueillis. La plate-forme propose donc de ramener la capacité d'accueil de chaque

assistante maternelle en MAM à trois enfants maximum, donc 12 enfants maximum dans la structure. Cela permettrait que l'effectif total de la MAM reste compatible avec la disponibilité suffisante que chaque assistante maternelle doit déployer auprès des enfants tout en étant attentive aux enjeux du "travailler ensemble" dans la structure. De surcroît, cela permettrait de pallier plus facilement l'absence ponctuelle de l'une d'entre elles.

Afin de favoriser l'harmonisation des pratiques d'agrément des services de PMI, en l'absence de texte national réglementant les conditions de création, l'encadrement du fonctionnement et l'organisation des MAM, la DGCS a travaillé à un guide national relatif aux maisons d'assistants maternels élaboré à droit constant dans le cadre d'un groupe de travail réunissant les principaux partenaires concernés. Les directions ministérielles, les partenaires sociaux, les professionnels du secteur, notamment assureurs et avocat et les associations ont également été invités à contribuer, chacun dans leur domaine de compétences, à la réalisation de ce document.

Propositions :

- Favoriser les échanges entre les services de PMI autour des pratiques d'agrément et d'accompagnement des pratiques professionnelles des assistant(e)s maternel(le)s;
- Rénover la formation des assistants maternels (augmentation du temps de formation obligatoire initial et formation continue effective) pour développer la qualité de l'accueil et favoriser la mobilité professionnelle ;
- Préciser l'articulation des missions des services de PMI et des RAM dans un document commun au ministère chargé des affaires sociales à la CNAF et à l'ADF ;
- Poser juridiquement des critères de fonctionnement et d'accompagnement technique des MAM.

8 Perspectives se dégageant des travaux du groupe

8.1 Assurer un pilotage à la fois national et local

- Mettre en place un cadre national permanent d'impulsion de la politique de PMI et de valorisation des pratiques et des initiatives innovantes, sous l'égide des ministères en charge de la Santé de la famille et de l'enfance associant tous les acteurs de cette politique.
- Donner toute sa place à la PMI dans les instances locales de concertation et de pilotage des politiques mobilisant ses compétences (Commissions de coordination des politiques publiques de santé mises en place par les ARS, ODPE, Schémas, protocoles de prévention, Conseil territoriaux de santé, Communautés professionnelles territoriales de santé...).

8.2 Réaffirmer et garantir le maintien des missions confiées à la PMI dans le champ de l'accompagnement et du soutien à la parentalité, de la protection de l'enfance et des modes d'accueil

- Réfléchir à la reconnaissance de la place en PMI de professionnels non mentionnés en tant que tels dans les articles du code de la santé publique (notamment psychologues, psychomotriciens, auxiliaires de puériculture, éducateurs de jeunes enfants)
- Valoriser et faire connaître les actions mises en œuvre dans tous les champs d'intervention de la PMI
- Mieux recenser ces activités dans les recueils statistiques pour renforcer leur légitimité

8.3 Améliorer la formation des professionnels

La formation initiale et continue des professionnels doit être adaptée à l'exercice en prévention et promotion de la santé familiale et infantile notamment dans les champs de la protection de l'enfance et des modes d'accueil.

8.4 Mieux prendre en compte les difficultés de financement de la PMI et de démographie des professions de santé concourant à la PMI

- Afin de garantir sa capacité à assumer ses missions de prévention en santé et celles relatives à la protection de l'enfance et aux modes d'accueil, il apparaît indispensable que la question du financement de la PMI, qui représente un véritable enjeu, soit abordée dans un cadre interministériel. Il faut notamment, au titre de la prévention précoce et de la promotion de la santé, ouvrir le chantier de la valorisation financière par les organismes d'assurance maladie des actes des infirmières et des puéricultrices.

- Les conditions d'une relance de la démographie des professions intervenant en PMI devraient également faire l'objet de travaux interministériels.