

Rapport relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans

Stéphanie Rist, Députée de la 1ère circonscription du Loiret
Dr Marie-Sophie Barthet-Derrien, Directrice adjointe de la PMI de
Lyon Métropole

Mars 2019

Synthèse

1. Le contexte

La petite enfance est une période cruciale pour prévenir, repérer, détecter des troubles, pour réduire les inégalités sociales de santé et soutenir des trajectoires plus favorables pour la santé de tous les enfants. L'ensemble des travaux disponibles relèvent l'intérêt de mettre l'accent sur le suivi préventif des « mille premiers jours », période au cours de laquelle l'environnement conditionne la santé et le risque de maladie pour toute la vie, et sur les bilans de santé à trois et quatre ans, les repérages tardifs entraînant des pertes de chance.

Mais la petite enfance est aussi une période où se côtoient un nombre particulièrement élevé d'acteurs, d'où un besoin de coordination renforcé. La réalisation des bilans et examens préventifs mobilise différents intervenants (acteurs de la PMI, de la santé scolaire, professionnels de santé en crèche, professionnels libéraux et hospitaliers) dont l'articulation repose trop souvent sur des initiatives locales sans cadre de contractualisation pérenne, des collaborations de « bonne volonté » et souvent informelles.

Le besoin de coordination est d'autant plus important dans les territoires, notamment ruraux, marqués par des cumuls de fragilités au plan de la démographie médicale. Or, les données disponibles sur le bilan de santé à 3-4 ans montrent des variations importantes d'un territoire à l'autre s'agissant des examens pratiqués par les PMI, sans correspondance avec le niveau de couverture par les consultations préventives en ville. Le recul des taux de réalisation de l'examen à 6 ans par la médecine scolaire depuis 2015 est également une tendance préoccupante.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a permis un premier recentrage des bilans et examens préventifs de l'enfant sur certains âges (examens des deux premières années, bilans à trois, quatre et six ans). Cette reconfiguration de la carte des examens et bilans obligatoires laisse toutefois entière la question d'une meilleure articulation des interventions entre les acteurs.

Nous pensons qu'une meilleure coordination entre les acteurs est décisive pour améliorer la quantité et la qualité globale des interventions. Dans certains territoires, la médecine scolaire et la PMI doivent notamment pouvoir s'adjoindre les compétences complémentaires d'autres intervenants en santé pour le suivi préventif des enfants.

La mise en place d'un parcours de coordination renforcé santé-accueil-éducation, annoncé le 26 mars 2018 par le Premier ministre, constitue une opportunité pour poursuivre et pour soutenir le renforcement de la coordination des différentes interventions.

2. Nos propositions

Les onze propositions qui suivent, regroupées autour de cinq thèmes, dessinent les grandes lignes d'un cahier des charges pour le parcours en santé des enfants de zéro à six ans. Toutes découlent d'une concertation que nous avons voulue la plus large possible.

L'objectif est de permettre aux acteurs de la santé de l'enfant, à l'échelle d'un territoire donné, d'établir un diagnostic des ressources disponibles pour réaliser les dépistages et examens préventifs,

de définir conjointement un projet de territoire, d'assurer la fluidité du parcours de soins et de faciliter l'orientation vers l'aval, et d'améliorer l'information des familles.

Le premier axe de ce cahier des charges concerne la mise en place d'une gouvernance territoriale adaptée, mobilisant autant que possible les outils de contractualisation existants (projets territoriaux de santé et contrats locaux de santé notamment) pour réaliser un diagnostic des besoins et des ressources et se doter d'objectifs partagés (proposition n°1).

Le deuxième axe concerne le développement de l'exercice coordonné, qui doit devenir la référence en matière de santé préventive.

Nous préconisons la mise en place de cadres d'intervention coordonnés incluant la PMI, la santé scolaire, les professionnels libéraux pour une meilleure lisibilité des ressources en santé préventive (proposition n°2). Ces coopérations doivent permettre d'associer les établissements d'accueil du jeune enfant, mais aussi tous les lieux-pivots qui peuvent servir de relais pour aller vers les familles les plus éloignées des modes d'accueil.

Concrètement, nous proposons de prendre appui sur les modes d'exercice coordonné existants (CPTS, équipes de soins pluridisciplinaires, maisons de santé pluridisciplinaires), en tenant compte des caractéristiques propres à chacun. La mobilisation des CPTS au service de la santé de l'enfant est une piste avantageuse, qui suppose cependant que le cadre de financement pérenne qui leur sera donné leur permette explicitement de soutenir les initiatives les plus prometteuses.

Cet exercice coordonné pourra se réaliser autour d'un lieu d'intervention unique, qui pourra être la PMI ou de tout autre lieu facilement identifiable par les parents (modes d'accueil collectifs, lieux de soutien à la parentalité, maisons de santé de l'enfant), en fonction de la réalité et de l'organisation des territoires. Nous partageons la conviction que la PMI peut constituer un acteur « naturel » de ces formes d'exercice coordonné, compte tenu de ses spécificités.

Nous mettons également en avant l'objectif, collectivement atteignable, de généraliser le bilan de 3-4 ans à l'ensemble des enfants, dans une logique d'universalisme (proposition n°3). La montée en charge des bilans à trois-quatre ans pourrait être inscrite dans la loi afin de prévoir une mise en œuvre graduelle dans les territoires pour atteindre 100% de couverture d'ici la rentrée 2022.

Nous proposons de prendre appui sur la mise en place de l'instruction obligatoire à trois ans pour généraliser le bilan à l'école maternelle en s'appuyant principalement sur la PMI, qui réalise déjà environ deux tiers des dépistages de petite et moyenne section. La mobilisation d'autres professionnels de santé pourrait être prévue, de manière complémentaire, sur la base des ressources repérées localement.

Pour soutenir cette montée en charge, nous proposons de développer, en lien avec la mission de Michèle Peyron sur l'avenir de la PMI, des contrats territoriaux conclus entre les ARS, les départements et les CPAM, afin de flécher vers les services de PMI les moyens permettant d'atteindre les taux de couverture fixés contractuellement.

Au-delà de l'accent mis sur la généralisation du bilan à trois-quatre ans, nous préconisons le développement de modes d'exercice coordonné autour de l'école, pour développer et garantir une réalisation ciblée du bilan à six ans (proposition n°4).

Développer l'exercice coordonné pourrait par exemple permettre la mise en place d'un professionnel référent de parcours pour chaque enfant (proposition n°5). Conçu sur le modèle du référent pour chaque enfant en situation de handicap, préconisé par le rapport du Haut conseil à l'enfance à la famille et à l'âge, ce professionnel aurait pour tâche de veiller aux prises en charge nécessaires en cas de troubles dépistés, et de faciliter les démarches des familles.

Le troisième axe de nos travaux concerne le développement des coopérations pluriprofessionnelles de santé.

L'examen global du nourrisson et du jeune enfant demande un temps très conséquent (45 à 60 minutes pour la réalisation du bilan à six ans), parfois non réalisable en une seule séquence. La concertation a mis en évidence des organisations locales, souvent informelles, permettant de pallier les tensions sur les effectifs médicaux par des complémentarités structurées entre médecins et infirmières.

Dans la plupart des départements, les puériculteurs interviennent ainsi dès l'école maternelle dans le cadre du bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, et orientent si nécessaire vers le médecin de PMI, ou le professionnel de santé adéquat.

La mise en œuvre effective du bilan de santé pour 100% des enfants à trois quatre ans rend particulièrement nécessaire de donner un cadre à ces pratiques. Nous proposons de s'appuyer sur les protocoles de coopération dans leur forme rénovée pour donner un cadre aux coopérations existantes et pour expérimenter de nouvelles coopérations pluri-professionnelles, dans le respect des compétences et de la formation de chacun (proposition n°6).

Le quatrième axe de nos travaux porte sur l'information mise à la disposition des familles concernant les examens et bilans de santé préventifs. Les ressources pour accéder à une information de qualité concernant la prise en charge à 100% des examens et bilans de santé préventifs sont souvent foisonnantes, dispersées, et permettent pas d'atteindre toutes les familles.

Nous proposons de s'appuyer sur l'examen prénatal précoce (proposition n° 7), afin d'en faire un levier permettant d'initier dès la période prénatale un suivi et une coordination renforcée de certaines familles pour le parcours en postnatal.

Nous proposons par ailleurs la mise en place de nouvelles ressources en direction des parents (proposition n°8), et par exemple d'un système de bons de prise en charge sans avance de frais qui pourrait être envoyé par courrier un mois avant chaque date d'anniversaire de l'enfant.

Plus au-delà, nous appelons de nos vœux le développement de nouvelles expérimentations sur le chantier du DMP de l'enfant. Cette réflexion nous semble devoir inclure *a minima* un travail sur l'automatisme de l'ouverture d'un DMP de l'enfant à la naissance. A moyen terme, l'enjeu est celui l'évolution de la structure du DMP pour lui permettre d'intégrer les données du carnet de santé relatives aux examens et bilans préventifs de l'enfant, voire de générer des systèmes d'alerte automatisée.

Enfin, nous insistons sur l'importance des outils de liaison partagés entre professionnels, comme support d'une coordination renforcée.

Nous soulignons la nécessité de renforcer l'utilisation du nouveau carnet de santé en tant qu'outil de liaison entre les professionnels de santé, seul outil multi-fonctions aujourd'hui disponible, (proposition n°9), mais aussi de développer des outils de repérage et d'observation en direction des professionnels de l'accueil et de l'éducation (proposition n°10).

Le développement de formations communes (proposition n°11) nous semble indispensable pour harmoniser les modalités d'utilisation d'outils partagés, mais aussi, plus largement, pour participer à la création de communautés professionnelles autour du bien-être de l'enfant.

Ces propositions ont vocation à définir les grandes lignes d'un cahier des charges qui pourra être mis à la disposition des territoires pilotes qui mettront en place le parcours en santé-accueil-éducation de manière anticipée.

Nous proposons que ces territoires se regroupent sous la forme d'un réseau des « territoires en santé de l'enfant de zéro à six ans », pour promouvoir et de faire connaître les initiatives pertinentes, en s'appuyant sur l'expérience de réseaux déjà constitués (réseaux de périnatalité, réseau des villes en santé éducation, réseau des villes en santé de l'OMS). **La cible devrait être celle d'une généralisation à l'ensemble des territoires à compter de la rentrée 2020.**

L'animation de ce réseau supposera une impulsion et un portage politique au plus haut niveau dans chaque sphère, pour faire connaître les initiatives locales et promouvoir cette initiative.

Introduction

L'origine de la mission

Le 26 mars 2018, le Premier ministre a présenté les 25 mesures-phares du Plan « priorité prévention » qui évoquait la mise en œuvre d'un parcours de coordination renforcé autour de l'enfant de 0 à 6 ans, faisant appel à l'ensemble des acteurs des secteurs de la petite enfance, du soutien à la parentalité, de l'éducation et de la santé.

Par deux lettres en date du 24 septembre, les ministres des Solidarités et de la Santé et de l'Éducation nationale nous ont confié la préfiguration de ce parcours.

Nous avons accepté cette mission avec la conviction qu'il y avait urgence à renforcer dès les premières années les actions de repérage et de prise en charge précoce des troubles et des maladies, qui conditionnent notamment le bien-être de l'enfant, la qualité des apprentissages et la mise en place d'une école de la confiance. Toutes les données disponibles montrent que les inégalités sociales de santé sont déjà installées avant six ans, voire avant trois ans.

Comme le rappelle la FNORS¹, de nombreux travaux ont démontré l'intérêt des dépistages précoces des troubles sensoriels, développementaux ou comportementaux pour améliorer les prises en charge et permettre à l'enfant de se développer dans un environnement favorable, que ce soit pour sa santé, mais également pour l'ensemble des composantes qui constitueront sa vie d'adulte (liens sociaux, réussite scolaire, repères professionnels...).

Nous pensons qu'une meilleure coordination entre les acteurs est un levier indispensable pour améliorer la qualité globale des interventions, aussi bien dans les territoires les mieux dotés que dans des zones qui cumulent les fragilités au plan de la démographie médicale.

Les lettres de mission

Nos lettres de mission étaient porteuses d'un double objectif : « assurer l'ensemble des dépistages et examens nécessaires aux âges recommandés afin de garantir une prise en charge adaptée aux besoins physiques, psychiques et affectifs de l'enfant » ; et contribuer à l'atteinte d'une cible de « 100% de visites réalisées avant six ans d'ici 2020 », dont il nous appartenait de préciser les contours.

Auparavant, la stratégie nationale de santé 2018-2022 avait déjà évoqué l'objectif de soutenir la réalisation des bilans de santé par les services de PMI et les services de santé scolaire pour parvenir à 100 % d'enfants ayant bénéficié d'une visite préventive avant six ans d'ici 2020.

Nos lettres de mission nous invitaient à la conduite d'une concertation associant les familles et l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, éducatif et social, qui devait permettre de recueillir les avis, les contributions et propositions concrètes pouvant être intégrées dans l'expérimentation du

¹L'état de santé des enfants d'âge scolaire en France, rapport de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, décembre 2017.

parcours sur quelques territoires volontaires dès la rentrée 2019. Outre la conduite de cette concertation, il nous était demandé :

- « *De définir de manière très concrète les modalités de la mise en place du parcours sur les territoires, en s'appuyant sur (...) un recueil des propositions auprès des professionnels concernés* » ;
- « *D'identifier les terrains pour la mise en œuvre de ces expérimentations* » : il était proposé de déployer ce parcours dans quelques territoires pilotes, « *afin de mettre en œuvre progressivement des coordinations adaptées permettant, entre autres, de rendre effective la visite médicale avant six ans* ».

La méthodologie

Les travaux de la mission se sont déroulés de novembre 2018 à février 2019. Ils ont pris la forme d'une consultation que nous avons voulue la plus large possible : représentants des familles ; acteurs de la PMI, de la périnatalité, de la petite enfance et du soutien à la parentalité ; professionnels de santé du secteur hospitalier ; professionnels libéraux et sociétés savantes ; acteurs de la santé scolaire et représentants des enseignants.

Le rapport qui suit s'est nourri de six demi-journées d'auditions autour de trois thèmes (l'enfant de zéro à trois ans, les transitions vers la scolarisation, le temps de la scolarité), réunissant une soixantaine d'acteurs, et d'une cinquantaine d'auditions bilatérales, dont la liste figure en annexe. Chacun des acteurs a été invité à nous faire parvenir une contribution écrite, en complément de ces auditions.

Nous avons souhaité compléter ces échanges par des rencontres avec des acteurs des territoires, sous la forme de journées thématiques organisées dans le Loiret, dans les Yvelines, dans l'Essonne et à la métropole de Lyon ; et par des entretiens avec des PMI et de services municipaux en santé identifiés lors du dernier CANA-PMI (Côtes d'Armor, Hautes-Alpes, Moselle, Seine-Saint-Denis, Ville d'Angers, Ville de Strasbourg, Ville de Bordeaux, Ville de Strasbourg).

L'articulation avec les autres travaux en cours

Nous avons veillé à inscrire nos propositions dans le paysage des travaux récents ou en cours, parmi lesquels la mission confiée à Michèle Peyron, députée de la Seine et Marne, portant sur l'avenir de la PMI, la délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes, ou encore la mission confiée à Elisabeth Laithier, adjointe au maire de Nancy, sur l'évolution des critères d'attribution des places en crèches.

Les points de convergence avec ces travaux, nombreux, ont été développés et intégrés dans le corps du rapport.

Dans la conduite de nos travaux, nous avons pu bénéficier des ressources documentaires fournies par la direction générale de la santé, la direction générale de l'enseignement scolaire, la direction générale de la cohésion sociale, la caisse nationale d'assurance maladie, l'assemblée des départements de France ou encore la caisse nationale d'allocations familiales.

Notre réflexion a pris appui sur les travaux consacrés au suivi des enfants à besoins spécifiques, en particulier ceux du Haut conseil à l'enfance et à la famille sur l'accueil et la scolarisation des enfants en situation de handicap de la naissance à six ans et l'accompagnement de leur famille.

Nos échanges avec la délégation interministérielle à la lutte contre l'autisme, concernant la mise en place d'un parcours de soins précoces pour les enfants souffrant d'un trouble autistique ou du neurodéveloppement, sont venus utilement nourrir notre travail.

Le document final n'a pas vocation à rendre compte de l'ensemble des opinions exprimées, mais plutôt à présenter de manière très opérationnelle les propositions que nous souhaitons mettre en avant pour décliner le cahier des charges du parcours en santé des enfants de zéro à six ans, et contribuer à une mise en œuvre la plus rapide possible du parcours en Santé Accueil Education.

Le périmètre de la mission

Notre lettre de mission était centrée sur la réalisation des examens et bilans obligatoires (*« assurer l'ensemble des dépistages et examens nécessaires aux âges recommandés »*). Une conviction forte a toutefois guidé nos travaux, celle d'une conception élargie du parcours devant inclure :

- **En amont**, les actions de pré-repérage qui peuvent être initiées par les professionnels de l'accueil et de l'éducation, ainsi que les actions de promotion de la santé et de soutien à la parentalité permettant d'accompagner les familles, dans un esprit de cheminement progressif, vers une socialisation progressive de l'enfant.

Nous sommes convaincues de la nécessité d'un travail en profondeur pour aller vers certaines familles dans une démarche proactive, identifier des lieux-pivots et les partenaires de confiance qui peuvent servir de relais.

- **En aval**, la question de l'accès à un diagnostic et à une prise en charge rapide, compte tenu des conséquences lourdes en termes de développement et de chronicisation des troubles, avec une perte de chance pour l'enfant et des impacts sur les familles. Cette question est en lien avec la démographie médicale actuelle et certaines réalités de territoire, notamment ruraux.

Cette approche élargie de la notion de « parcours » nous a aussi conduit à mettre l'accent sur les périodes de transitions, qui peuvent être sources de ruptures, tout particulièrement pour les familles les plus fragiles : le souci d'organiser autant que possible un « continuum » des interventions nous a amené à inclure dans nos travaux la période périnatale, les transitions vers la scolarisation, et la continuité du suivi après la sixième année.

Une adhésion générale à la démarche

Au cours de nos travaux, nous avons été impressionnées par la mobilisation très forte des acteurs sur ce sujet, la période de zéro à six ans étant unanimement jugée cruciale pour prévenir, repérer, détecter des troubles, accompagner, soutenir et prendre en charge le suivi de la santé et des troubles éventuels des enfants. Nous avons recensé de nombreuses collaborations effectives, souvent informelles.

Il est ressorti de la concertation une volonté de lever les barrières institutionnelles et parfois statutaires existantes et de structurer une gouvernance territoriale du parcours santé-accueil-éducation, autour d'un cahier des charges mis à la disposition des territoires. C'est le sens des propositions qui suivent.

Stéphanie Rist

Dr Marie-Sophie Barthet-Derrien

Députée de la 1ère circonscription du Loiret Directrice adjointe de la PMI Métropole de Lyon

Sommaire

Table des matières

1. Contexte et objectifs du parcours santé-accueil-éducation des enfants de 0 à 6 ans	11
1.1. Le contexte	11
1.2. Les objectifs du parcours santé-accueil-éducation	16
2. Pistes de propositions	18
Tableau de synthèse des propositions	19
Thème n°1 : Mettre en place une gouvernance territoriale adaptée du parcours en santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans	21
Proposition n°1 : Mobiliser les outils de contractualisation existants (projets territoriaux de santé, contrats locaux de santé notamment) pour réaliser un diagnostic des besoins et des ressources et se doter d'objectifs partagés.	21
Thème n°2 : Faire de l'exercice coordonné la référence en matière de santé de l'enfant	24
Proposition n°2 : Mettre en place un cadre d'intervention coordonné incluant PMI, santé scolaire, professionnels libéraux pour une meilleure lisibilité des ressources en santé préventive	24
Proposition n°3 : Assurer la réalisation effective du bilan de santé à trois quatre ans en maternelle auprès de 100% des enfants	28
Proposition n°4 : Développer l'exercice coordonné autour de l'école pour garantir la réalisation ciblée du bilan à six ans	32
Proposition n°5 : Mettre en place un référent de parcours pour chaque enfant	34
Thème n°3 : Développer les coopérations pluri-professionnelles de santé	37
Proposition n°6 : S'appuyer sur les protocoles de coopération dans leur forme rénovée pour expérimenter de nouvelles coopérations pluri-professionnelles	37
Thème n°4 : Renforcer l'information en direction des familles	40
Proposition n°7 : Améliorer l'information dispensée au cours de l'entretien prénatal précoce	40
Proposition n°8 : Développer de nouvelles ressources à disposition des parents	41
Thème n°5 : Développer des outils de liaison partagés entre professionnels et renforcer la fonction de coordination	43
Proposition n°9 : Renforcer l'utilisation du nouveau carnet de santé en tant qu'outil de partage d'information entre les professionnels de santé	43
Proposition n°10 : Développer les outils de repérage et d'observation en direction des professionnels de l'accueil et de l'éducation	47
Proposition n°11 : Développer la formation des professionnels comme outil de décroisement et de collaboration	48
Lettres de mission	51
Liste des personnes rencontrées	55

1. Contexte et objectifs du parcours santé-accueil-éducation des enfants de 0 à 6 ans

1.1. Le contexte

L'analyse préparatoire conduite par la direction générale de la santé concernant le parcours en santé-accueil-éducation mettait en avant :

- Une inadéquation de la carte des examens obligatoires aux besoins des enfants, avec des risques de repérage tardifs aux âges clefs entraînant des pertes de chance ;
- Une absence de coordination entre les différents intervenants, dans un contexte de ressources limitées, faisant peser un risque sur les taux de réalisation des examens obligatoires, mais aussi sur la continuité de la prise en charge et du suivi.

➤ Un rééchelonnement récent des vingt examens obligatoires

Un réaménagement de la carte des examens de santé obligatoires a été entériné en conséquence par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, puis par le décret du 26 février 2019, conformément à l'avis du Haut conseil de la santé publique.

Il prévoit notamment le renforcement du suivi au cours de la première année et trois examens supplémentaires après 6 ans, et en contrepartie la diminution du rythme des consultations entre 2 et 6 ans (*cf. encadré n°1*). L'enjeu est de permettre un premier recentrage des interventions réalisées :

- D'une part, sur les deux premières années (approche par les « mille premiers jours » c'est-à-dire la période de sensibilité au cours de laquelle l'environnement conditionne la santé et le risque de maladie pour toute la vie) ;
- De l'autre, sur les bilans de santé à 3 et 4 ans (dernier « point de passage » avant irréversibilité de certains troubles) et sur le bilan de la sixième année.

Encadré n°1: Rappel du cadre législatif et réglementaire

Un cadre général : les 17 examens médicaux dits obligatoires (remboursés à 100%)

Jusqu'à l'année dernière, le calendrier des examens de santé dits obligatoires² prévoyait 20 examens entre la naissance et le 6ème anniversaire: 9 examens au cours de la première année (8 jours, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12 mois), 3 examens au cours de la deuxième année (15, 18 et 24/25 mois), puis un examen tous les six mois (soit 8 examens de deux à six ans). Les examens du 8ème jour, du 9ème/ et du 24ème mois donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé transmis aux services de PMI.

Ces examens sont pris en charge au titre de l'assurance maternité sans avance de frais en application des articles L. 160-9 et L. 162-1-21 du code de la sécurité sociale. La réalisation et le suivi des examens dits obligatoires figurent parmi les missions du médecin traitant de l'enfant³.

Dans son avis du 25 mai 2016, le Haut conseil de la santé publique a émis des recommandations concernant une nouvelle grille des âges-clés de consultation pour les nourrissons et les enfants, restant au nombre de vingt, mais redéployés jusqu'à l'âge de 18 ans au lieu de 6 ans actuellement :

- Il est proposé de renforcer le suivi au cours de la première année, en prévoyant un examen lors de la deuxième semaine (afin de tenir compte du raccourcissement du séjour en maternité) et un examen à 11 mois ;
- Il est par ailleurs suggéré un renforcement du suivi après l'âge de 6 ans : le calendrier retenu prévoit ainsi une consultation entre 8 et 9 ans, une autre entre 11 et 13 ans et une dernière entre 15 et 16 ans ;
- En contrepartie, l'examen à 15 mois est supprimé et les examens de deux à six ans sont espacés tous les ans contre six mois aujourd'hui.

Au total, 17 examens sont dorénavant recommandés entre zéro et six ans, contre 20 auparavant.

L'article 37 de la LFSS pour 2019 a modifié en conséquence les dispositions du code de la santé publique afin de relever de 6 à 18 ans l'âge en-dessous duquel les enfants bénéficient de ces examens. Compte tenu du décalage de l'âge auquel ces examens seront réalisés, ces examens seront désormais couverts par l'assurance maladie, hormis les examens réalisés durant les 12 premiers jours de l'enfant, qui continuent à relever de l'assurance maternité.

Il est à noter que dans son avis du 25 mai 2016, le Haut conseil de la santé publique proposait de remplacer le terme jusque-là utilisé d'examen « obligatoire » par un examen « systématiquement proposé » (et donc financièrement pris en charge), « dans la mesure où

²Articles L2132-1 à L2132-5 du Code de la santé publique (modalités de remise du carnet de santé aux parents et contribution des examens dits obligatoires au dispositif de prévention sanitaire).

Articles R2132-1 à R2132-3 du Code de la santé publique (calendrier général des examens obligatoires et modalités de transmission des certificats de santé aux services de PMI). La liste détaillée des examens est fixée par voie d'arrêté.

³ Article L162-5-3 du Code de la sécurité sociale. La convention médicale de 2016 a introduit plusieurs indicateurs relevant de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) médecin traitant de l'enfant qui renvoient directement à la réalisation de ces dépistages (part des patients dont l'IMC est renseigné, part des patients de moins d'un an ayant eu un dépistage auditif ou visuel, part des patients de 3 à 5 ans ayant bénéficié d'un dépistage des troubles du langage).

aucune disposition réglementaire ne rend contraignante cette obligation ». Ces examens périodiques sont distingués des examens « à la demande », qui correspondent au parcours de santé individualisé de l'enfant. Cette proposition n'a pas été reprise à ce stade.

Ce cadre général est complété par les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) portant sur le contenu des dépistages effectués chez l'enfant de 28 jours à six ans. Les interventions sont réparties en cinq rubriques (surveillance de la croissance, dépistage de l'obésité, des troubles sensoriels (vision, audition), repérage des troubles du développement, repérage des troubles du langage oral et écrit).

Des cadres d'intervention spécifiques à la PMI et à la médecine scolaire

Aux termes de l'article L-2112-2 du Code de la santé publique, la PMI peut intervenir sur « *des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans (incluant la réalisation des examens médicaux dits obligatoires) ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle* ». La réalisation de ces examens et bilans de santé par la PMI ne fait pas l'objet d'une norme d'intervention au sens du code de la santé publique⁴.

S'agissant de la médecine scolaire, le code de l'éducation prévoit que les élèves puissent bénéficier de visites médicales et de dépistages obligatoires, qui font partie de leur parcours de santé scolaire au même titre que les actions de prévention collective et de promotion de la santé. Dans ce cadre, il est prévu que « tous les élèves » bénéficient d'une visite médicale au cours de la sixième année⁵.

➤ Des lacunes qui demeurent s'agissant notamment des bilans de santé à 3, 4 et 6 ans

La faiblesse des données consolidées disponibles (*cf. encadré n°2*) rend impossible, dans les délais impartis à la mission, de confirmer l'hypothèse, évoquée par l'ensemble de nos interlocuteurs, d'une chute globale du pourcentage d'enfants bénéficiaires des examens et bilans dits obligatoires entre deux ans et six ans.

Les constats rapportés par l'ensemble de nos interlocuteurs, ainsi que les données que nous avons pu rassembler tendent toutefois à montrer :

- Des variations importantes dans les taux de couverture s'agissant du bilan de santé à 4 ans par les PMI, sans corrélation avec le niveau de couverture par les visites pédiatriques/médecine générale

⁴ La seule norme posée par le code de la santé publique concerne les consultations infantiles, toutes natures confondues. Ainsi, selon l'article R. 2112-6 du Code de la santé publique, pour les séances en faveur des enfants, la norme est d'une demi-journée de consultations médicales par semaine pour 200 enfants nés vivants au cours de l'année précédente (atteinte par 60% des départements environ).

⁵ L'article L 541-1 du Code de l'Éducation (reproduit par l'article L2325-1 du Code de la santé publique) précise que les élèves bénéficient, au cours de leur scolarité, de visites médicales et de dépistage obligatoires, qui constituent leur parcours de santé dans le système scolaire. La périodicité et le contenu de l'examen médical de prévention et de dépistage est définie par voie réglementaire. L'arrêté du 5 novembre 2015 prévoit que les visites médicales et de dépistage obligatoires ont lieu au cours de la sixième année et de la douzième année de l'enfant.

Encadré n°2: Un constat d'entrée: la faiblesse des données disponibles

Il n'existe aujourd'hui aucune donnée consolidée concernant la réalisation des examens dits obligatoires à l'échelle d'une classe d'âge, tous intervenants confondus.

Les seules données disponibles France entière d'une année sur l'autre concernent :

- Les taux de retour des certificats de santé vers la PMI (examens du huitième jour, du 9ème et du 24ème mois). Le HCSP rappelle toutefois régulièrement que ce taux de retour (respectivement de 80%, 38% et 29% pour chacun des trois certificats pour l'année 2015) est très faiblement prédictif de la réalisation effective des examens dits obligatoires, compte tenu des taux de remplissage très insuffisants par les professionnels, de la complexité des circuits de transmission, etc.
- Les bilans de santé à trois et quatre ans réalisés par la PMI au titre de l'article R2112-8 du code de la santé publique: l'enquête annuelle de la DREES recense l'ensemble des bilans et les dépistages réalisés à ces âges, qu'ils soient effectués ou non en milieu scolaire. Toutefois, l'exploitation des données collectées ne donne pas lieu à une publication annuelle ni à un retour en direction des départements. La dernière étude publiée remonte à 2015, et portait sur des données 2012. Par ailleurs, ces bilans ne font pas l'objet d'une méthodologie partagée permettant de collecter de manière identique les informations.
- Le bilan de santé à six ans réalisé à l'école primaire (retour déclaratif de l'enquête santé social menée chaque année par la DGESCO auprès des rectorats) ;
- Les examens de santé dits obligatoires réalisés en ville, tous examens confondus (données non publiées mais extraction possible des taux de couverture par tranche d'âge en provenance du SNIIR-AM).

S'agissant du contenu des examens réalisés⁶, les remontées se font selon des indicateurs non uniformes d'une enquête/ d'un territoire à l'autre, compte tenu notamment de l'hétérogénéité, relevée par l'ensemble des acteurs interrogés, dans le remplissage du carnet de santé à l'occasion des examens et bilans dits obligatoires.

Cette faiblesse d'ensemble du dispositif de suivi rend difficile, pour les territoires qui le souhaitent, d'organiser un ciblage des interventions et de s'assurer pratiquement de l'absence de lacunes dans la couverture territoriale, ou à l'inverse de l'absence de superpositions dans les parcours.

⁶Cf. notamment les enquêtes nationales de santé en milieu scolaire, menées tous les cinq-six ans pour un niveau scolaire donné, dans le cadre d'un partenariat DGESCO/DREES/DEPP/DGS auprès des rectorats.

Les résultats de l'étude ELFE conduite par l'INED à l'échelle de trente départements volontaires (représentant un tiers des naissances) montrent toutefois que la proportion d'enfants ayant eu au moins un dépistage à l'âge de 3-4 ans avoisine les 80%, avec des variations très importantes entre départements (57% à 100%), sans corrélation aucune avec la densité en pédiatres/médecins généralistes.

La proportion d'enfants ayant bénéficié d'un bilan médical complet à l'âge de 3-4 ans s'échelonne de 1% à 74%, avec une moyenne nationale de 17,2%. Des disparités très importantes sont observées selon le type d'examen (les bilans médicaux spécifiques (examens sensoriels, psychomoteurs et de langage), étant plus fréquemment réalisés que le bilan staturo-pondéral (IMC).

De l'enquête conduite plus récemment par la FNORS auprès des PMI et des villes disposant d'un service de santé scolaire⁷, 76% des enfants scolarisés ont bénéficié d'un bilan complet ou partiel, avec des variations importantes de contenu de cet examen⁸.

- Un écart important à la cible des 100% d'enfants bénéficiaires d'un bilan de la sixième année en milieu scolaire (47,6% des élèves bénéficiaires de l'examen de six ans en 2016, contre 76,6% en 2014⁹)

Cette dégradation rapide des taux de réalisation de l'examen à six ans est à mettre en lien avec l'évolution de la démographie médicale (*cf. encadré n°3*). Elle renvoie aussi à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 novembre 2015 relatif aux visites médicales et de dépistage obligatoires, qui installe une nouvelle organisation des tâches entre médecins et infirmiers scolaires et recentre l'action de ces derniers sur la réalisation des dépistages à des âges ultérieurs.

Au vu de ces données, nous considérons que la santé scolaire et la PMI doivent pouvoir s'adjoindre les compétences complémentaires d'autres intervenants en santé pour la réalisation de ces bilans. La mise en place du parcours santé-accueil-éducation constitue une opportunité pour poursuivre et pour soutenir le renforcement de la coordination des différentes interventions.

Encadré n°3: Les effectifs disponibles pour réaliser les bilans et examens de santé obligatoires

S'agissant de la médecine scolaire, le rapport conjoint IGAS-IGEN-IGAENR de 2015 consacré à la place de la médecine scolaire dans la santé des jeunes relevait une grande hétérogénéité du taux d'encadrement suivant les académies (de 8 000 à 16 000 élèves par médecin), avec des différences allant du simple au double entre deux départements comparables, mais aussi une nette dégradation dans la majorité des académies avec 30, voire 50 %, d'élèves en plus à suivre entre 2011 et 2015.

⁷ Résultats provisoires issus de l'enquête de recensement des bilans de santé réalisés par les services de PMI en milieu scolaire et par les villes disposant d'un service municipal de santé scolaire, conduite de novembre 2018 à février 2019. 66 PMI ont renseigné la partie activité du questionnaire,

⁸ 94,7% ont bénéficié d'un dépistage visuel, 90% d'un dépistage auditif, 82% d'un dépistage des troubles du langage, 60% d'un bilan bucco-dentaire, contre 24% pour l'examen clinique par un médecin.

⁹ Source DGESCO (synthèse de l'enquête santé social 2013-2016 et indicateurs du PAP). Les indicateurs 2017 ne prennent pas en compte les élèves ayant seulement bénéficié à cet âge d'une visite de dépistage par un infirmier, à la différence de l'indicateur présenté jusqu'au PAP 2017.

On décomptait 1 400 postes de médecins et 7 500 postes d'infirmiers, selon le même rapport, avec un taux de vacances de postes de près de 30 %, qui laissent des territoires entièrement dépourvus. Des derniers chiffres dont nous disposons, les effectifs de médecins et d'infirmiers scolaires s'établissaient en 2018 à 1 046 médecins scolaires et 7 886 infirmiers, pour une population de 3,2M d'enfants scolarisés de 3 à 6 ans (800 000 enfants par classe d'âge)¹⁰.

Par comparaison, les effectifs intervenant potentiellement sur la réalisation de bilans de santé au titre de la PMI, s'établissaient en 2016, selon les chiffres publiés par la DREES, à 1 920 ETP médecins (soit environ 17% des effectifs), en baisse de 13% depuis 2010, à 4 440 ETP infirmiers puériculteurs (soit environ 40% des effectifs), en hausse de 6% depuis 2010, et à 1 020 sages-femmes, soit 10% des effectifs, tous personnels confondus. On recensait en 2016, selon les données issues du Conseil national de l'ordre, 7 204 pédiatres dont 1670 en exercice en libéral.

1.2. Les objectifs du parcours santé-accueil-éducation

Compte tenu de ces éléments, la mise en place d'un parcours dédié à la santé de l'enfant doit à notre sens poursuivre une triple finalité :

Elle doit tout d'abord participer à l'amélioration graduelle des taux de couverture pour les 17 examens recommandés de zéro à six ans, à travers un renforcement de l'articulation entre les différents intervenants et une meilleure implication des parents.

Il lui est ensuite demandé de concourir à l'atteinte d'une cible de 100% de bilans « avant six ans », que nous nous sommes attachées à préciser.

La lettre de mission faisait en effet de la généralisation de la visite « avant six ans » le point de départ de la coordination, tout en laissant une marge d'interprétation quant à la borne pertinente.

Nous nous sommes attachées à préciser cette cible et à définir, au sein de la nouvelle carte des 17 examens dits obligatoires, les interventions sur lesquelles il convenait de mettre particulièrement l'accent en termes de repérages/dépistages. Nous avons également tenu à préciser la logique d'intervention retenue pour atteindre cette cible, autour de l'alternative suivante :

- Ciblage des interventions sur certains publics ou certains territoires, en référence à la notion d'« universalisme proportionné » : un tel ciblage est déjà pratiqué de fait par une majorité d'intervenants¹¹, mais se heurte à la faiblesse des outils de liaison et de suivi disponibles pour s'assurer que le 100% est effectivement atteint à l'échelle d'une classe d'âge ;

¹⁰ Repères et références statistiques 2018 sur les enseignements, la formation et la recherche, DEPP.

¹¹ S'agissant de la médecine scolaire, l'arrêté du 3 novembre 2015 ouvre la possibilité d'une forme de ciblage des interventions en prévoyant, lorsque les enfants ont bénéficié d'une visite médicale par le médecin qui suit l'enfant en application de l'article L.541-1, que les parents, puissent transmettre à la demande du médecin de l'Education nationale, dans le cadre du suivi du parcours de santé à l'école, le carnet de santé de leur enfant, et se voir dispensés de ce fait de l'examen scolaire. L'arrêté prévoit aussi une analyse des antécédents de l'enfant à partir des données, notamment du document de liaison prévu par l'article L. 2112-5 du code de la santé publique pour les enfants ayant bénéficié du bilan de santé entre 3 et 4 ans en école

- Intervention à vocation universelle autour d'un lieu unique (par exemple, l'école), mobilisant si nécessaire plusieurs types d'intervenants.

Enfin, la mise en place d'un parcours en santé du jeune enfant doit permettre d'assurer la continuité du lien entre dépistage et diagnostic, et entre diagnostic et prise en charge aval, autour du principe « aucune détection sans transmission et sans prise en charge ».

Il est en effet ressorti de la concertation de nombreuses discontinuités et des situations de retard dans les prises en charge après dépistage. Cette situation est porteuse de risques majeurs en termes d'éviction de certaines familles des files actives, et/ou d'aggravation de la situation clinique entre le moment de la demande et celui de la prise en charge.

Pour cette raison, la question des délais et conditions d'adressage et d'accès à des consultations adaptées ou à des structures spécialisées (centres de référence pour les troubles des apprentissages et du langage, le bilan orthophonique ou la consultation ophtalmologique, centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)) nous a semblé devoir faire partie du champ de la mission, à parité avec la question de l'accès aux examens et bilans de prévention.

2. Pistes de propositions

Conformément aux axes de travail posés par la lettre de mission, nous nous sommes penchées sur les conditions et modalités de mise en place opérationnelle du parcours au niveau territorial.

Nous nous sommes fixées pour objectif d'aboutir à un cahier des charges permettant aux territoires volontaires d'atteindre les objectifs suivants :

- Établir une analyse fine des besoins et des ressources (médicales et non médicales) disponibles localement pour réaliser les 17 dépistages et examens dits obligatoires ;
- Se donner des objectifs quantitatifs et qualitatifs partagés de réalisation de ces examens et assurer leur suivi ;
- Assurer la fluidité et la continuité du parcours de soins et faciliter l'orientation vers l'aval (accès à un diagnostic et à une prise en charge rapide) ;
- Permettre aux familles d'accéder à une information de qualité concernant la prise en charge à 100% des examens dits obligatoires et l'offre disponible.

Les fiches qui suivent ont vocation à définir les grandes lignes d'un cahier des charges pour le parcours en santé des enfants de zéro à six ans qui pourra être mis à la disposition des territoires pilotes. Ce cahier des charges est destiné à être mis en œuvre en tout ou en partie par les territoires qui s'en saisiront.

A la notion de territoire expérimentateurs, nous avons préféré l'idée de territoires pilotes qui mettront en place le parcours en santé-accueil-éducation de manière anticipée. L'enjeu est d'identifier les territoires qui pourraient s'engager volontairement et bénéficier d'une contractualisation accélérée dès la rentrée 2019. Ces territoires devront être si possible représentatifs de la diversité des territoires et des échelons de collectivités (conseils départementaux, services municipaux en santé).

Nous proposons que ces territoires se regroupent sous la forme d'un réseau des « territoires en santé de l'enfant de zéro à six ans », pour promouvoir et de faire connaître les initiatives pertinentes, en s'appuyant sur l'expérience de réseaux déjà constitués (réseaux de périnatalité, réseau des villes en santé éducation, réseau des villes en santé de l'OMS).

L'animation de ce réseau suppose une impulsion au niveau national et un portage politique dans chaque sphère, pour faire connaître les initiatives locales et promouvoir ce cahier des charges. Cela pourrait passer par la mise en place d'un comité de suivi incluant notamment les ministères des solidarités et de la santé et de l'éducation nationale, la CNAMTS, la CNAF, l'UNPS, l'ADF et l'AMF. Cette instance aurait pour mission de suivre le volume et la nature des partenariats, et de fournir un appui aux territoires pilotes dans la mise en œuvre du parcours en santé-accueil-éducation des enfants de 0 à 6 ans. La cible devrait être celle d'une généralisation à l'ensemble des territoires à compter de la rentrée 2020.

Ce cadre d'animation et de pilotage sera indispensable pour s'assurer de la mobilisation des acteurs dans chaque sphère (élus des conseils départementaux, directeurs généraux d'ARS, recteurs pour les DASEN et IEN de circonscription).

Tableau de synthèse des propositions

Propositions	Objectifs	Modalités	
Gouvernance territoriale	Diagnostic et projet territorial	Contrat ARS/Rectorat/Département/ CPAM Appui sur PTS/ CLS	p.21
Cadre d'intervention coordonné	Décloisonnement des exercices en santé préventive	Appui sur CPTS Appui possible sur PMI et lieux de soutien à la parentalité	p.24
Réalisation du bilan de santé à 3-4 ans	Universalisme du bilan	PMI Ou autres professionnels (dont professionnels libéraux) Contrats territoriaux entre les ARS et les Conseils départementaux	p.28
Réalisation du bilan à 6 ans	Dépistage ciblé	Médecine scolaire coordonnée avec autres acteurs	p.32
Référent de parcours	Référent unique qui coordonne le parcours santé /accueil/éducation	Coordonnateur choisi par les parents qui s'assure du parcours	p.34
Coopérations Pluriprofessionnelles	Mobilisation des professionnels pour que l'ensemble des bilans à 3-4 ans puissent être réalisés dès la rentrée 2020	Appui sur les protocoles de coopérations	p.37
Information lors entretien prénatal précoce	Levier initial de coordination du parcours 0-6 ans	Ciblage défini dans le cadre du PTS	p.40
Développement de nouvelles ressources pour les parents	Rendre effective la notion d'« examen systématiquement proposé »	Mise en place d'un système de bons de prise en charge	p.41
Renforcement de l'outil carnet de santé	Doit devenir le support d'échange systématique	Formations communes Expérimentation sur le DMP de l'enfant	p.43
Développer les outils de repérage des professionnels autres que professionnels de santé	Rôle important de pré-détection de l'accueil et de l'école	Elaboration d'outils partagés	p.47

Développement de la formation comme outil de décroisement	Construction d'une culture commune des professionnels de l'accueil, de la santé et de l'éducation	Définir les formations dans le cadre de la contractualisation	p.48
--	---	---	------

Thème n°1 : Mettre en place une gouvernance territoriale adaptée du parcours en santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans

Proposition n°1 : Mobiliser les outils de contractualisation existants (projets territoriaux de santé, contrats locaux de santé notamment) pour réaliser un diagnostic des besoins et des ressources et se doter d'objectifs partagés.

Les enjeux/les constats

Au-delà d'une adhésion de principe à notre démarche, il est ressorti de la concertation que les coordinations en place reposent pour l'essentiel sur des initiatives locales sans cadre de contractualisation pérenne, des collaborations de « bonne volonté » et parfois informelles.

Si la prise de conscience a progressé ces dernières années, avec la signature de contrats locaux de santé dédiés à l'enfant, ce champ reste encore très largement sous-mobilisé et une très forte hétérogénéité demeure dans les pratiques et les politiques des départements, avec des niveaux d'implication très diverses des DASEN, des ARS et des Départements.

Les objectifs

Nous proposons de mettre en place une gouvernance territoriale qui garantisse, autour d'un contrat a minima quadripartite (ARS/Rectorat¹²/Conseil Départemental/assurance maladie), élargi autant que possible aux villes qui le souhaitent, un portage politique et un suivi coordonné du parcours santé-accueil-éducation. Une telle contractualisation permettra de se doter d'un chef de file/pilotage formalisé. **Ce cadre contractuel, établi par les acteurs du territoire selon la maille territoriale la plus pertinente, doit servir de base pour :**

- Etablir un diagnostic de territoire des besoins et des ressources de santé disponibles pour réaliser les dépistages et examens dits obligatoires;
- Etablir un projet de territoire incluant des objectifs partagés de réalisation des examens dits obligatoires, sur la base d'un socle national et assurer leur suivi ;
- Encourager, promouvoir et financer des travaux de recherche sur la santé de l'enfant ;
- Construire des référentiels communs et des outils de collaboration (cartographie des contacts et des ressources pour faciliter le travail des professionnels de terrain).

Les modalités

Nous ne retenons pas la piste consistant à mettre en place un cadre contractuel spécifique à la santé de l'enfant. Ne souhaitant pas créer des outils en silo, nous préconisons au contraire de mobiliser autant que possible les outils existants, au premier rang desquels le projet territorial de santé et le

¹²Ainsi que les villes, dans la configuration où la compétence de santé scolaire est déléguée à un service municipal en santé ou pour celles qui le souhaitent.

contrat local de santé dans sa déclinaison locale, comme instruments de pilotage et de coordination locale¹³.

Ces instruments sont adaptés à la fois à la réalisation de diagnostics et à la définition d'objectifs partagés, comme l'a montré le travail de recensement des CLS réalisé par la direction générale de la santé, et à la mise en place d'un chef de filât qui pourra varier selon les territoires, selon que le contrat soit à l'initiative de l'Etat ou de la collectivité concernée.

Ils permettront de définir un projet territorial, véritable « feuille de route » du parcours en santé de l'enfant qui permettra aux acteurs concernés de se doter d'orientations pour les années à venir. Il se traduira par des actions concrètes et constituera le socle de toutes les contractualisations évoquées ci-après.

Les initiatives et expériences locales repérées

Certains des territoires disposent d'ores et déjà d'indicateurs infrarégionaux sur la santé des enfants d'âge scolaire, permettant d'accompagner les acteurs locaux dans le suivi de l'état de santé des enfants et la priorisation des actions envers ce public.

Le contrat local de santé de la ville de Bordeaux conclu entre 9 signataires (ARS, Ville de Bordeaux, Centre Communal d'Action Sociale de Bordeaux, Direction Départementale de la Cohésion Sociale, Conseil Général, CPAM, Rectorat, CHU de Bordeaux, CARSAT) et élargi à d'autres acteurs institutionnels (URPS, CH, Mutualité) comporte une entrée dédiée à la santé de l'enfant et au soutien à la parentalité, autour de cinq axes (accès aux soins des enfants dépistés avec une problématique de santé lors des bilans de santé scolaire, prévention bucco-dentaire, accès aux structures d'accompagnement en périnatalité, sensibilisation des parents aux déterminants de la santé, suivi du carnet vaccinal).

S'agissant du dépistage lors des bilans en santé scolaire, la production du CLS s'est accompagnée d'un diagnostic détaillé des besoins, portant par exemple sur les suites données par les parents en cas d'anomalie repérée lors du bilan de santé.

¹³Article L1434-13 du code de la santé publique.

Encadré n° 4: un préalable : l'amélioration de la connaissance disponible sur l'état de santé des enfants de zéro à six ans

De nombreuses régions ou départements ont choisi d'exploiter, avec l'appui des observatoires régionaux de la santé (ORS), les connaissances sur l'état de santé et les habitudes de vie des enfants d'âge scolaire de leur territoire et ainsi de disposer d'indicateurs de suivi pour mener leurs politiques ou prioriser leurs actions en santé publique.

Toutefois, comme le relève la FNORS, si les systèmes d'information mis en place localement sont performants pour évaluer et suivre quelques indicateurs liés à la santé des enfants d'âge scolaire sur le territoire concerné, leur hétérogénéité rend difficile leur consolidation pour une analyse nationale.

Les initiatives locales de recueil et de suivi des données épidémiologiques évoquées dans la proposition n°1 gagneraient à être complétées par la diffusion d'études régulières ou la production de quelques indicateurs nationaux croisant les données existantes (données DREES, CNAMTS, DGESCO) et permettant aux territoires d'apprécier leur situation relative.

En particulier, la production de données consolidées concernant 1) la réalisation des examens et bilans de prévention par classe d'âge, toutes interventions confondues et 2) le contenu de ces examens et bilans par tranche d'âge sur la base d'une méthodologie partagée, contribuerait à donner une meilleure visibilité à cette politique publique. Elle viendrait utilement soutenir la mise en œuvre de diagnostics au niveau des territoires.

Thème n°2 : Faire de l'exercice coordonné la référence en matière de santé de l'enfant

Proposition n°2 : Mettre en place un cadre d'intervention coordonné incluant PMI, santé scolaire, professionnels libéraux pour une meilleure lisibilité des ressources en santé préventive

Les enjeux/les constats

Des auditions dédiées à la période préscolaire, sont ressortis les constats suivants:

- Un nombre élevé d'intervenants en santé, sans réelle coordination (à l'exception des réseaux en périnatalité qui fonctionnent de manière structurée et peuvent dès lors constituer un point d'appui) ni transmission d'informations, avec des risques de rupture et de perte d'informations en ligne sur la santé de l'enfant ;
- Un manque de lisibilité pour les parents sur les interlocuteurs pertinents et le rôle de chacun, notamment en santé préventive, avec des interlocuteurs différents selon l'âge de l'enfant, et donc un risque de perte d'information ;
- Un manque de ressources médicales dans les services de santé préventive ;
- Un sentiment d'isolement des professionnels libéraux en cabinet, qui souhaiteraient être mieux et davantage associés aux coopérations en cours et aspirent à un travail en exercice pluridisciplinaire.

Les objectifs

Nous proposons la mise en place d'un cadre d'intervention coordonné, qui pourra se réaliser sur un lieu unique, autour de la PMI ou de tout autre lieu identifiable par les parents (modes d'accueil collectifs, lieux de soutien à la parentalité, maisons de santé de l'enfant). Le choix de ce lieu « pivot » pourra différer selon les territoires, le profil des modes d'accueil et les caractéristiques socio-économiques du territoire, sur la base d'un diagnostic de territoire.

Ce cadre d'intervention pourra s'appuyer sur l'expérience des réseaux existants (réseaux périnatalité, réseaux de prise en charge de l'obésité, réseaux « enfants vulnérables » : prématurés, petits poids, maladies chroniques...). Ces réseaux multi-professionnels assurent une fonction utile de mise en commun de ressources en direction de l'ensemble des professionnels qui en font partie, et parfois de pré-repérage et facilitent la détection et la prise en charge rapide. Nous proposons de prolonger cette démarche par la mise en place d'une unité de lieu pour la réalisation des examens et bilans obligatoires.

L'enjeu est de permettre une mixité d'exercice et un décloisonnement des modes d'exercice entre médecins de prévention PMI, crèches, santé scolaire, libéraux, sur des temps bien établis, en évitant

les vacances qui ne permettent pas la coordination. Il s'agit aussi de simplifier l'accès et la lisibilité aux familles avec une porte d'entrée unique pour le suivi préventif.

La finalité est à la fois d'améliorer l'accès aux examens et dépistages dits obligatoires, d'élargir le champ des dépistages réalisés, d'assurer la fluidité et la continuité du parcours de la santé préventive de l'enfant et de faciliter l'orientation vers l'aval. Les liens créés entre les professionnels doivent également permettre d'améliorer la qualité du dépistage et du travail en partenariat.

Les modalités

Nous proposons de prendre appui sur les modes d'exercice coordonné existants (CPTS, équipes de soins pluridisciplinaires¹⁴, maisons de santé pluridisciplinaires), en tenant compte des caractéristiques propres à chacun.

Les CPTS, dont l'approche « populationnelle » est pleinement adaptée aux enjeux de la santé de l'enfant¹⁵, présentent aussi l'avantage d'être ouvertes à l'ensemble de l'exercice ambulatoire (dont l'exercice salarié en PMI ou en milieu scolaire).

Leur mobilisation au service de la santé de l'enfant suppose cependant que le cadre de financement pérenne qui leur sera donné leur permette explicitement de soutenir les initiatives les plus prometteuses. La mise en place d'un cadre d'exercice coordonné au service de la santé de l'enfant pourrait ainsi utilement faire partie du futur cahier des charges de la contractualisation CPTS.

Comme évoqué, cet exercice coordonné pourra se réaliser sur un lieu unique, en fonction de la réalité et de l'organisation des territoires. S'agissant du choix du lieu unique d'intervention :

- La PMI présente l'avantage d'être d'ores et déjà très bien identifiée par les familles

Nous partageons la conviction que la PMI constitue l'acteur « naturel » de ce mode d'exercice coordonné, compte tenu de ses spécificités : une continuité des actions entre la périnatalité, la planification et la santé du nourrisson puis de l'enfant, des missions de soutien à la parentalité ; une expérience ancienne en matière d'exercice pluridisciplinaire ; un accueil non stigmatisant de tous et en particulier des personnes les plus vulnérables.

- Les acteurs du soutien à la parentalité permettent d'aller vers les familles modestes, qui recourent structurellement moins que les autres aux modes d'accueil

Dans les territoires où cela s'avère pertinent, ce lieu d'intervention unique pourra ainsi se structurer autour des acteurs du soutien à la parentalité ou de lieux-ressources (lieux d'accueil enfants/parents, RAM, centres sociaux, maisons des familles, accueils occasionnels, sur la base des parcours d'accueil existants), pour développer les actions en direction des familles les plus éloignées des modes de garde.

¹⁴Pour rappel, l'équipe de soins primaire (ESP) est constituée de tout professionnel de santé de 1er recours et 2nd recours de ville, dont au moins un médecin généraliste et un professionnel paramédical, regroupés ou non sur un même site, et qui souhaitent se mobiliser autour d'une thématique commune bénéficiant à leurs patients. Il s'agit d'une forme de coordination la plus souple passant à minima par la transmission organisée d'information, la facilitation de coopérations, la mise en cohérence des interventions autour des patients. Elle peut constituer une première étape à la constitution d'une maison de santé pluridisciplinaire ou d'un centre de santé pluri-professionnel. Il n'est pas prévu de financement spécifique par le FIR mais la possibilité que les professionnels constituant l'ESP puissent élargir sur les aides dites conventionnelles.

¹⁵ Plus encore que des formes d'exercice coordonné fondées sur la patientèle (ESP et MSP)

Le développement des 300 nouveaux centres sociaux dans les quartiers de la politique de la ville (QPV), prévu dans la stratégie pauvreté, incluant un panier de services renouvelé en matière de soutien à la parentalité, pourrait également fournir un point d'accroche possible.

Les initiatives et expériences locales repérées

La mise en place d'un cadre d'exercice coordonné pourra prendre appui sur l'expérience des réseaux de périnatalité, très développés dans l'ensemble des territoires que nous avons visités. Parmi les expériences significantes que nous retenons par ailleurs :

L'exemple du réseau Grandir en région Centre

Ce réseau de suivi des grands prématurés propose un parcours de soins piloté par un médecin référent qui suivra l'enfant jusqu'à ses 7 ans. Le médecin référent peut être hospitalier, libéral, de PMI (Protection maternelle et infantile) ou de CAMSP (Centre d'action médico-sociale précoce). Le suivi se compose de consultations obligatoires à des âges définis et nécessite la formation des médecins référents (formation sur le déroulement du suivi, les examens médicaux, les outils mis à disposition par le réseau). Ce réseau inclut des médecins hospitaliers, ainsi que des médecins libéraux (pédiatres, généralistes) et des professionnels paramédicaux (orthophonistes, psychomotriciennes, psychologues, etc.).

Dans le cadre de cette mise en réseau, il est proposé la mise en commun de ressources à destination de ces professionnels : annuaire des professionnels spécialisés sur la prise en charge de l'enfant vulnérable ; livret d'alerte mis à disposition des professionnels du repérage des troubles du développement ; évaluation réalisée conjointement par les PMI, les généralistes et les pédiatres. L'extension aux enfants jusqu'aux sept ans de l'enfant et aux autres vulnérabilités est prévue par le PRS 2 ; une réflexion est conduite concernant l'extension aux enfants à prématurité modérée.

Le partenariat PMI/orthophonistes libéraux dans le cadre du projet Parler Bambin dans les Yvelines

Depuis 2016, la PMI de Saint-Quentin-en-Yvelines teste depuis 2017 la première adaptation du programme Parler Bambin en PMI, pour toucher les familles qui ne fréquentent pas les crèches.

Ce projet pilote est mis en œuvre en direction de familles dont les enfants ont ou risquent d'avoir des difficultés langagières précoces, qui se traduisent par des retards importants lorsque les enfants entrent à l'école : ils sont alors fréquemment adressés aux orthophonistes libéraux, qui doivent ensuite mener des rééducation intensives, accessibles seulement après une attente de plusieurs mois.

Dans une première phase du projet, les équipes de PMI ont été formées à des outils visant à mieux repérer les difficultés de langage lors des consultations pédiatriques dès 12 ou 18 mois.

Dans la deuxième phase du projet, un partenariat (qui peut s'apparenter à une situation d'exercice coordonné) est noué avec des orthophonistes libéraux du territoire, pour que la PMI puisse leur adresser des familles dont l'enfant de 12 ou 24 mois présente de premières difficultés face au langage. Cette intervention précoce des orthophonistes leur évitera de devoir pratiquer une

rééducation intensive quelques années plus tard. Ce partenariat doit prévenir l'engorgement actuel des orthophonistes libéraux (dû à la fréquence des rééducations d'enfants âgés de 5 ou 6 ans).

En parallèle, un groupe d'orthophonistes volontaires sera formé pour accueillir des parents d'enfants de moins de 3 ans (dans une démarche d'accompagnement parental permettant de prévenir très tôt les difficultés). Ce volet bénéficie à l'ensemble des familles accueillies dans les 2 centres de PMI (file active de 400 enfants).

Le parcours en santé préventive de l'enfant mis en place par la Métropole de Lyon

Le parcours préventif en santé des enfants de 0 à 12 ans est une initiative partagée depuis 2017 entre différents acteurs, dont la Métropole, et les communes qui le souhaitent, visant à permettre une meilleure articulation entre la PMI et les Communes autour de la santé des enfants. A cette fin, il prévoit la mise en place d'interventions de médecins de PMI dans les crèches municipales pour le compte des communes ; la formalisation de rencontres entre les médecins de PMI et médecins de crèche pour partager l'information sur les initiatives des différents acteurs, mieux coordonner les actions engagées localement, échanger sur les problématiques locales ; et enfin, l'élaboration de référentiels et outils de repérages communs aux EAJE et à la PMI.

Proposition n°3 : Assurer la réalisation effective du bilan de santé à trois quatre ans en maternelle auprès de 100% des enfants

Les enjeux/les constats

L'article L.2112-2 du code de la santé publique fait figurer parmi les missions de la PMI l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle. Cet examen a pour objectif « *d'assurer, grâce aux consultations et aux examens préventifs des enfants pratiqués notamment en école maternelle, la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations* »¹⁶.

Ces bilans de santé sont stratégiques car ils permettent d'assurer une continuité dans les actions de prévention entre la surveillance des deux premières années et le bilan de santé scolaire réalisé au cours de la sixième année par les équipes de promotion de la santé en faveur des élèves.

Au niveau global, on estime que deux tiers de la classe d'âge des enfants de moyenne section bénéficient de ce dépistage gratuit, avec toutefois des variations importantes entre les départements¹⁷.

On constate par ailleurs une forte hétérogénéité dans la manière dont cet examen est pratiqué : l'étude Elfe comme l'étude de la FNORS relèvent une variabilité très forte s'agissant de la présence des parents lors des examens réalisés à l'école maternelle, avec des conséquences très importantes en termes de repérage, de suivi et de lien avec l'aval.

Enfin, les données épidémiologiques issues de ces bilans restent très faiblement exploitées, au-delà des remontées annuelles sur le nombre d'examens et bilans réalisés. La mise en place du recueil est à l'initiative des départements et la définition de chaque indicateur leur est propre, rendant difficilement comparables les données entre elles.

Les objectifs

Quatre axes ressortent nettement de la concertation :

- Un consensus sur l'intérêt d'une intervention universelle, seule manière de s'assurer de la couverture de toute une classe d'âge compte tenu des lacunes dans les outils de suivi disponibles ;
- Un consensus sur l'intérêt de mettre l'accent sur le bilan à 3-4 ans, âge essentiel pour le dépistage de certains troubles (notamment amblyopie et troubles du langage oral) ;

¹⁶Article R.2112-3 du code de la santé publique

¹⁷Source : Enquête DREES 2015 sur les BSEM à trois quatre ans

- La possibilité de prendre appui sur la mise en place de l’instruction obligatoire à trois ans pour développer ce bilan à l’échelle de toute une classe d’âge, en mobilisant si nécessaire différents types d’intervenants ;
- Un consensus sur l’intérêt d’une organisation de ce bilan au sein de l’école, clef de la coordination en amont avec les familles et l’enseignant, et du retour d’information en aval.

Dès lors l’objectif, collectivement atteignable, pourrait être de systématiser le bilan de 3-4 ans auprès de l’ensemble des enfants, dans une logique d’universalisme.

Ce bilan à vocation à être effectué au premier chef par la PMI au titre de sa mission réglementaire. La mobilisation d’autres professionnels de santé, libéraux notamment, pourrait toutefois être prévue, en l’absence de ressource locale PMI disponible, dans un cadre d’intervention coordonné (cf. *proposition n°2*), sur la base des ressources repérées dans le diagnostic local et le projet de territoire.

De l’étude conduite par la FNORS (cf. *infra*), il ressort que 80% des PMI répondantes réalisent d’ores et déjà les bilans 3/4 ans de façon systématique auprès de l’ensemble des élèves du département (puéricultrice, infirmière, ou médecin...) et non par ciblage.

Encadré n°5 : Impacts législatifs et réglementaires de cette mesure

1/ La généralisation de fait du bilan à trois-quatre ans ne nécessite pas d’accroche législative, l’intervention de la PMI en matière de réalisation des bilans à quatre ans figurant déjà au titre des missions de la PMI (article L.2112-2 du code de la santé publique).

Toutefois, nous estimons que la fixation dans la loi de cette cible permettrait de sanctuariser cet objectif. **Il pourrait être prévu une mise en œuvre graduelle dans les territoires pour arriver à 100% de couverture d’ici la rentrée 2022.**

Ces propositions rejoignent les travaux de Michèle Peyron qui proposent la mise en place d’un objectif socle pour le bilan de santé à l’école maternelle (BSEM) dans le code de la santé publique, fixé à 95% des enfants de moyenne section de maternelle d’ici à 2022 (70% en 2020, 80% en 2021). La mission suggère de prévoir un délai de 3 à 5 ans aux départements pour se conformer pleinement à ce socle minimal.

2/ **L’accent mis sur l’examen à quatre ans n’implique pas de remise en cause de la carte des examens et bilans de santé obligatoires.** Il n’emporte pas de conséquence sur la réalisation des examens avant cet âge, pour le repérage et les diagnostics de certains troubles de l’enfant.

Le réagencement de cette carte est récent et résulte d’une démarche de consensus conduite par le HCSP. L’accent mis sur le bilan à quatre ans pourrait toutefois, à l’intérieur du cadre existant, ouvrir une réflexion sur un renforcement du ciblage de l’examen de dépistage à 5-6 ans et sur le statut d’indicateur LOLF du bilan à six ans¹⁸.

¹⁸Cet indicateur porte sur la proportion d’élèves en éducation prioritaire ayant bénéficié d’une visite médicale dans leur 6^{ème} année ». Cet indicateur est établi en rapportant le nombre d’élèves ayant bénéficié d’une visite médicale dans leur 6^e année, à l’effectif total des élèves dont l’âge se situe entre 5 et 6 ans, d’une part dans les écoles de REP et REP+.

A maxima, il pourrait amener à terme à réinterroger la finalité et les modalités du bilan des six ans : ce point devrait toutefois faire l'objet d'une saisine du HCSP et d'une nouvelle concertation avec les représentants des personnels de santé scolaire et autres professionnels de santé.

3/ Au niveau de l'Education nationale, la généralisation du bilan à trois-quatre ans devrait nécessairement être accompagnée réglementairement :

- De l'ajout d'une mission sur l'organisation de cet examen dans le Référentiel des directeurs d'école, afin de prévoir les conditions, notamment matérielles, de réalisation de cet examen¹⁹ ;
- D'un volet dédié au parcours en santé-accueil-éducation dans le contrat d'objectifs examiné dans le dialogue de gestion entre académies et administration centrale, au titre des objectifs de performance partagés : la très grande majorité des projets académiques ne comprennent en effet aucun volet santé scolaire ;
- D'une circulaire sur les conditions de mise en œuvre de cet examen dans les écoles (objectifs, modalités pratiques, collaborations, suivi etc..).

Les modalités

Que la cible de généralisation figure ou non dans la loi, la généralisation du bilan à trois quatre ans devra reposer sur une contractualisation locale adaptée.

Nous proposons de développer, conformément aux recommandations portées par Michèle Peyron, des contrats territoriaux de santé conclus entre les ARS, les départements et les CPAM, dont les objectifs pourraient être fixés en termes de taux de couverture, en fonction des besoins et réalités de chaque territoire.

S'appuyer sur cette contractualisation permettrait de flécher vers les services de PMI les moyens permettant d'atteindre les taux de couverture en BSEM (qu'ils soient ou non réalisés par des médecins) fixés contractuellement.

Nous jugeons très pertinent d'engager en parallèle une réflexion sur l'évolution des conventions de partenariat CPAM/Services Départementaux de PMI prévues par l'article L. 2112-7 du code de la santé publique²⁰.

Pour décliner opérationnellement cet objectif dans les territoires pilotes, des mesures d'accompagnement sont par ailleurs nécessaires, parmi lesquelles :

¹⁹La circulaire n° 2014-163 du 01/12/2014 relative au référentiel des directeurs d'écoles comprend un volet relation avec les autres partenaires de l'école notamment santé mais dans le cadre précis de la protection de l'enfance. Une indication sur le rôle du directeur en matière de garant des conditions matérielles des suivis médicaux pourrait y prendre place.

²⁰La participation financière de l'Assurance Maladie vise, sur la base d'un financement à l'acte, les examens obligatoires de la femme enceinte et de l'enfant de moins de 6 ans réalisés par des médecins. S'y ajoute une possibilité de soutenir par voie de convention à des actions de prévention individuelle ou collective. Les organismes d'assurance maladie peuvent alors, par voie de convention, participer sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale aux autres actions de prévention médico-sociale menées par le département. A ce jour, 80 départements ont signé des conventions avec les CPAM.

- La mise en place d'une information systématique et adaptée des parents à l'école sur les bilans et suivis médicaux : cet élément pourrait faire partie des documents remis aux parents à la rentrée et/ou en amont du bilan médical des 3/4 ans (*cf. proposition n°6*) ;
- La mise en place d'un cadre de formation et d'équipement des professionnels de PMI / de l'Education nationale aux outils de pré-repérage/dépistage les plus adaptés pour cette tranche d'âge (*cf. proposition n°11*) ;
- La clarification des modalités de réalisation du bilan par les professionnels de PMI : médecin et/ou Infirmière puéricultrice par délégation de tâches dans le respect de leurs compétences et de leur formation (*cf. proposition n°5*) ;
- L'exploitation des données de santé issues de ces bilans au-delà des données d'activité (corpulence, troubles sensoriels...) afin de définir des priorités locales, s'appuyant si possible sur une méthodologie partagée (*cf. proposition n°1*).

Les initiatives et expériences locales repérées

Le développement graduel des BSEM à trois-quatre ans avec en cible une généralisation à toute une classe d'âge figure parmi les objectifs d'une partie des PMI avec lesquelles la mission a eu le loisir d'échanger, parmi lesquelles la PMI de Seine-Saint-Denis, de Moselle, des Côtes d'Armor, de l'Isère et de la Métropole de Lyon.

A titre d'exemple, le **projet de santé publique de la PMI de Seine-Saint-Denis** évoque l'objectif de soutenir le déploiement des BSEM dans toutes les circonscriptions, avec un objectif visé de 70 % des enfants de la classe d'âge 3-4 ans (contre un tiers aujourd'hui), moyennant une réflexion sur leur financement en lien avec la CPAM et l'ARS. Ce document relève que « *l'intérêt du bilan est qu'il est réalisé dans un milieu captif, quasi universel des enfants, l'école, et qu'il est donc le seul garant d'un bilan de santé pour tous* ». Il rappelle que « *les enseignements tirés de la littérature scientifique justifient la nécessité de les déployer : selon les résultats de l'étude réalisée par l'INED dans 30 départements, cet examen, lorsqu'il est réalisé, conduit à orienter plus d'un enfant sur trois* ».

Proposition n°4 : Développer l'exercice coordonné autour de l'école pour garantir la réalisation ciblée du bilan à six ans

Les enjeux/les constats

Le bilan à six ans apparaît comme un point d'étape pour vérifier que tous les enfants ont bien été dépistés et pris en charge à 3-4 ans et effectuer un « rattrapage » des dépistages non réalisés. Aux termes de l'arrêté du 3 novembre 2015, il est en effet prévu qu'un ciblage puisse s'organiser sur la base d'une analyse des antécédents de l'enfant à partir des données issues du bilan de santé entre 3 et 4 ans.

Le recul très significatif, en l'espace de quelques années, dans les taux de réalisation de cet examen (*cf. partie 1*), nous interroge à cet égard quant à la capacité de la santé scolaire à répondre à elle seule aux enjeux d'organisation de ce bilan.

Compte tenu de l'état de la démographie médicale, nous considérons indispensable que la médecine scolaire puisse adjoindre les compétences d'autres intervenants en santé.

Les objectifs

Nous souhaitons que soit engagée une réflexion sur les possibilités d'engager les écoles dans des programmes de dépistage et de repérage en milieu scolaire impliquant la médecine scolaire/la PMI/les services municipaux en santé/les médecins libéraux dans le même cadre d'exercice coordonné évoqué en proposition n°2.

Les modalités

En s'appuyant sur ce même type d'exercice coordonné (*cf. proposition n°2*), il est proposé de développer des interventions conjointes autour de l'école. Cela pourrait permettre de développer des programmes d'intervention plus ciblées sur les enfants pour lesquels des ruptures de parcours ont effectivement été identifiées.

Les initiatives et expériences locales repérées

Les initiatives conduites par l'APESAL dans les Haut de France

L'APESAL (Association de Prévention et d'Éducation Sanitaire Actions Locales) est missionnée par l'ARS Hauts de France et les Caisses Primaires d'Assurance Maladie du Nord, pour le développement d'actions de santé publique prioritaires sur le département du Nord. Dans le cadre de ses actions, l'APESAL intervient en milieu scolaire ; depuis 2013, l'APESAL a obtenu l'agrément académique du Rectorat de Lille. Pour mener à bien ses actions de dépistage, l'APESAL fait appel à un réseau d'une soixantaine de professionnels de santé libéraux vacataires (orthophonistes et infirmiers, orthoptistes chirurgiens-dentistes, diététiciens et infirmiers) missionnés dans les écoles en matinée pendant le temps scolaire, sur l'ensemble du territoire du Nord. Tous les ans, 60.000 dépistages sont organisés au sein de 1773 écoles maternelles du Nord et 5500 enfants et familles sont accompagnés dans ce cadre.

L'espace santé mis en place par l'APHM

L'espace santé consiste en une offre sanitaire de proximité immédiate destinée à améliorer le maillage de l'hôpital Nord au sein de son territoire (hors les murs) et à assurer des missions de dépistage et de prévention en pédiatrie, associant des équipes APM, la médecine scolaire et la médecine générale en premier recours.

Proposition n°5 : Mettre en place un référent de parcours pour chaque enfant

Les enjeux/ les constats

En l'état des outils disponibles, il ressort de la concertation de nombreuses discontinuités et des situations de retard dans les prises en charge après dépistage, notamment pour les publics en précarité, avec des risques de ruptures dans le parcours, notamment pour les situations complexes.

De telles situations peuvent résulter de l'absence d'un accompagnement adéquat des familles au stade de la prise de rendez-vous, et/ou à des délais d'attente élevés dans l'accès à des consultations adaptées ou à des structures spécialisées (consultations orthophoniques, CMPP et CAMSP²¹), avec des maximas dépassant parfois un an dans certaines zones en tension, et de façon encore plus marquée sur les territoires ruraux, mais aussi en QPV.

Comme le rappelle le Haut conseil à la famille, à l'enfance et à l'âge, « *le suivi en « millefeuille » amène les parents qui le peuvent à créer eux-mêmes les liens, à jouer le rôle de coordonnateur des professionnels, contraints à réexpliquer plusieurs fois la situation dans laquelle l'enfant se trouve* »²².

Cette situation est porteuse de risques en termes d'éviction de certaines familles ou de retards dans le diagnostic, la prise en charge et les soins indispensables pour le bon développement de l'enfant, entraînant des conséquences lourdes sur son parcours éducatif.

Les objectifs

C'est pourquoi il apparaît indispensable, en préalable et en complément du travail sur les outils de liaison existants (cf. thème n°5) de proposer aux parents de définir un professionnel référent garant de la coordination du parcours de leur enfant. Son rôle consistera à assurer la coordination des situations des enfants, à limiter le morcellement dans la prise en charge, à veiller aux prises en charge nécessaires en cas de troubles dépistés, et à faciliter les démarches pour la famille.

Le choix de ce coordonnateur suppose de mettre à disposition des parents une information complète concernant l'offre disponible, dans le cadre des modes d'exercice coordonné évoqués ci-dessus.

Conçu sur le modèle du référent pour chaque enfant en situation de handicap, préconisé par le rapport du Haut conseil à l'enfance à la famille et à l'âge, ou encore du référent de parcours dans le champ de l'action sociale, ce coordonnateur aura pour tâches :

- De veiller à la réalisation des dépistages aux âges clefs ;
- De permettre de garantir une fluidité du parcours de chaque enfant ;

²¹Le rapport de l'Igas de 2018 relatif à l'évaluation du fonctionnement des CMPP, CAMSP et CMP-IJ fait état de délais d'attente moyens de 7,3 mois entre le premier contact et la prise en charge, s'agissant des CMPP, de 4,3 mois pour les CAMSP.

²²Source : Rapport HCFEA sur l'accueil et la scolarisation des enfants en situation de handicap de la naissance à six ans et l'accompagnement de leur famille.

- D'appuyer les démarches de prise de rendez-vous de la famille, afin de s'assurer que l'adressage donne bien lieu à une prise de contact avec le centre de consultation spécialisée ;
- D'assurer si nécessaire un rôle de « coupe-file » pour les situations qui le nécessitent : il s'agit de garantir un accès à un avis spécialisé pour les enfants adressés par leur médecin traitant/pédiatre dans un délai défini ;
- De veiller à la coordination globale, aux liens et au partage d'information avec les différents professionnels en charge du suivi de l'enfant, dans le respect du secret professionnel ;
- De faire connaître les initiatives visant à la solvabilisation de certaines offres (psychologues) dans le cadre des expérimentations en cours (*cf. encadré*) ;
- D'organiser en cas de besoin des temps de concertation entre professionnels sur les situations complexes.

Il sera l'interlocuteur direct de l'ensemble des professionnels qui gravitent autour de l'enfant : médecin traitant de l'enfant, médecin spécialiste, orthophonistes, psychomotriciens, PMI, structures spécialisées (CAMSP, CMPP), mais aussi professionnels de l'accueil et de l'éducation.

Les modalités

Parmi les conditions de réussite que nous identifions, il semble indispensable que le choix de ce professionnel demeure à la main des parents (médecin traitant, pour les parents ayant désigné un médecin traitant pour leur enfant, professionnel de PMI (médecin, infirmière puéricultrice), infirmière de pratiques avancées dans le champ de l'enfant 0-6 ans) et s'effectue dès la période prénatale.

Les initiatives et expériences locales repérées

L'expérimentation « Mission : retrouve ton cap » sur la prévention de l'obésité chez l'enfant de 3 à 8 ans dans trois territoires expérimentée dans trois territoires La Réunion, le Nord-Pas-De-Calais, la Seine-Saint-Denis, permet de prendre en charge par l'assurance maladie, gratuitement pour les familles un accompagnement diététique et psychologique.

Le médecin qui suit l'enfant (pédiatre, médecin généraliste, médecin de PMI) repère les enfants pouvant bénéficier de cette expérimentation, propose et prescrit la prise en charge selon les besoins de l'enfant et de son entourage, et les oriente vers une structure habilitée (centre de santé, MSP, associations) sélectionnée par un appel à candidature sur la base d'un cahier des charges et conventionnées avec la caisse d'assurance maladie et l'ARS, qui réalisent les bilans et consultations de suivi (bilans diététiques, psychologiques et d'activité physique) prescrits par le médecin. Cette expérience, non encore évaluée à ce stade, permet via la mise en place d'un forfait spécifique, une prise en charge précoce et pluridisciplinaire pour les enfants de 3 à 8 ans à risque d'obésité, adaptée à leurs besoins et à ceux de leur entourage.

Parmi les axes du CLS de la Ville Bordeaux figure la mise en place d'une médiatrice en santé. Cette initiative part du constat suivant : la remise par le service de santé scolaire de la Ville de Bordeaux d'un

avis aux parents (pour des anomalies ophtalmologiques, dentaires, ORL, pour un surpoids ou pour un bilan orthophonique ou psychologique...) ne débouche pas toujours sur une consultation de la part des familles. Pour ces familles, un accompagnement personnalisé est nécessaire afin de faciliter l'accès aux soins de leur enfant. Une puéricultrice du CHU travaille depuis septembre 2015 avec l'équipe de santé scolaire de la Ville sur une des propositions de médiation vers le soin pour leurs enfants repérés lors des bilans à 4 puis à 6 ans pour des problématiques non traitées (visuelles, psychologiques, retard de langage, ou bucco-dentaire). La médiatrice rencontre les parents à l'école, au Centre Médico-Scolaire ou directement sur le lieu de soin. Il s'agit d'un accompagnement en santé mais qui concerne aussi les champs social, administratif, éducatif.

Thème n°3 : Développer les coopérations pluri-professionnelles de santé

Proposition n°6 : S'appuyer sur les protocoles de coopération dans leur forme renouvelée pour expérimenter de nouvelles coopérations pluri-professionnelles

Les enjeux/ les constats

L'examen global du nourrisson et du jeune enfant demande un temps très conséquent, (ex : 45 à 60 minutes pour la réalisation du bilan à six ans), parfois non réalisable en une seule séquence.

Dans son avis du 25 octobre 2016 concernant le nouveau carnet de santé de l'enfant, le HCSP a encouragé la délégation aux puériculteurs/trices des dépistages à 3 et 5 mois, afin de dégager du temps médical au bénéfice de certaines missions de prévention et d'accompagnement plus ciblées.

Plus généralement, le développement des coopérations entre professionnels de santé est unanimement identifié comme une clé pour améliorer la réalisation des 17 bilans et examens dits obligatoires (cf. notamment le livre blanc de l'ANDPE et les propositions de la plate-forme pour l'avenir de la PMI visant 12 interventions médicales et 6 interventions de puériculteurs dans le cadre du calendrier des consultations obligatoires de 15 jours à six ans).

La concertation a mis en évidence des organisations locales, souvent informelles, permettant de pallier les tensions sur les effectifs médicaux par des complémentarités structurées entre médecins et infirmières. Dans la plupart des départements, les IPDE interviennent dès l'école maternelle dans le cadre du bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, et orientent si nécessaire vers le médecin de PMI, ou le professionnel de santé adéquat.

Des premiers résultats de l'enquête conduite par la FNORS auprès de 85 PMI sur les bilans de santé des 3-4 ans réalisés par les services de PMI et les services municipaux de santé scolaire (résultats provisoires, en cours de consolidation), il ressort que ces bilans sont réalisés majoritairement les IPDE, et seulement 11% de façon systématique par un médecin.

Si ces missions apparaissent parfois dans les référentiels établis localement, elles ne sont pas encadrées réglementairement, la réalisation des bilans et examens de santé ne figurant pas au décret d'acte des IPDE.

La mise en œuvre effective du bilan de santé pour 100% des enfants à trois quatre ans rend particulièrement nécessaire la mise en place d'un cadre d'intervention pour les délégations de tâches aux IPDE, dans le respect des compétences et de la formation de chacun.

Les objectifs

Dès lors, l'enjeu est de soutenir la mobilisation des IDPE pour la réalisation des bilans et examens de santé obligatoires, afin de donner la juste place à chaque professionnel en fonction de ses compétences et de sa formation.

Les modalités

Les protocoles de coopérations permettent d'organiser au niveau régional des délégations d'actes ou d'activité de soins et des réorganisations des modes d'intervention auprès des patients. L'arrêté du 30 janvier 2018 a explicitement inclus la prévention des pathologies et le suivi du développement des enfants parmi les priorités nationales en matière de protocoles de coopération.

Toutefois, les objectifs multiples de cet instrument (régularisation de pratiques déjà développées à grande échelle, expérimentation de protocoles innovants répondant aux besoins spécifiques d'équipes de terrain) n'en facilitent pas la lisibilité pour les acteurs. Il est par ailleurs reproché au dispositif son caractère lourd et complexe ainsi que la lenteur de la procédure d'instruction et d'avis.

Des propositions viennent d'être remises²³ visant à simplifier et assouplir cet outil de coopération entre professionnels de santé, avec en cible une disposition législative au sein du projet de loi « Organisation et Transformation du système de santé ».

Nous proposons de s'appuyer sur cet outil dans sa configuration renouvelée pour régulariser les pratiques existantes et permettre leur déploiement rapide sur des thématiques prioritaires.

L'enjeu est de soutenir le développement d'un parcours de suivi pédiatrique comportant des observations, évaluations et mesures effectuées par des infirmiers, psychomotriciens, IDPE en amont de la consultation pédiatrique, ou en complémentarité avec celle-ci.

Les initiatives et expériences locales repérées

Le protocole « vaccination » à Mayotte

Parmi les protocoles de coopération pouvant utilement servir de point de référence, figure le protocole de coopération « Consultation, décision et prescription de vaccination pour les usagers par un (e) Infirmier(e) en lieu et place d'un médecin en antenne PMI à Mayotte ».

Une consultation de puéricultrices hospitalières à Orléans

L'équipe de néonatalogie a mis en place depuis 6 ans des consultations de puéricultrices au sein même du service. Réservées au départ aux nouveau-nés ayant été hospitalisés dans le service de néonatalogie, elles ont été progressivement ouvertes aux familles sortant de maternité et rencontrant une problématique spécifique. Les coordonnées du centre de PMI le plus proche sont données systématiquement et un lien avec les professionnels de PMI est fait si nécessaire. De même, en cas de besoin, les puéricultrices hospitalières peuvent orienter l'enfant et la famille vers un autre professionnel de santé, une psychologue ou encore une assistante sociale. Si un problème médical est découvert ou suspecté un pédiatre du centre hospitalier se rend disponible immédiatement.

Des bilans de dépistage réalisés par les IDPE dans l'ensemble des PMI interrogées par la mission

²³ Evolution des protocoles de coopération entre professionnels de santé, note de l'IGAS à la DGOS, mars 2019.

Ces interventions peuvent se dérouler selon différentes modalités : intervention scindée en deux temps (dépistage infirmier puis visite médicale) organisés sur une même journée (une seule convocation) ; interventions graduées (bilan de dépistage réalisé intégralement par les IDPE, les médecins ne rencontrant que les enfants signalés par l’infirmier puériculteur ou réalisant un bilan complet à la demande des parents) ; interventions médicales ciblées sur certains territoires.

Pour certains de ces protocoles, la mise en place d’un cadre national pourrait être un préalable à une modification à terme du décret d’acte.

Cette évolution pourrait par ailleurs induire une réflexion sur la redéfinition des missions des médecins et infirmiers de l’éducation nationale, en miroir avec le cadre d’intervention des infirmières puéricultrices et médecins de PMI. Une évolution dans la répartition des tâches nous semble s’imposer, dans un contexte de fragilisation de la santé scolaire en raison de la tension sur les moyens médicaux.

A moyen terme et en complément de ces démarches, pourrait enfin être engagée une réflexion sur le développement des formations de niveau Master de pratiques infirmières avancées dans le champ de la santé de l’enfant, afin de permettre aux infirmiers libéraux répartis sur l’ensemble du territoire de contribuer au dépistage et au suivi des enfants.

Thème n°4 : Renforcer l'information en direction des familles

Proposition n°7 : Améliorer l'information dispensée au cours de l'entretien prénatal précoce

Les enjeux/ les constats

L'enquête périnatalité 2016 fait apparaître que l'entretien prénatal précoce (EPP) ne concerne que 28,5% des femmes, la plupart du temps sans ciblage particulier et avec un investissement inégal des régions ou des réseaux de santé en périnatalité dans l'organisation de ces entretiens. Cet examen demeure par ailleurs parfois axé sur la préparation à la naissance, davantage que sur sa vocation initiale d'accompagnement à la parentalité. L'ensemble des participants à la concertation soulignent l'intérêt qu'il y aurait à déclencher des visites à domicile sur la base des informations recueillies pendant l'entretien prénatal précoce.

Les objectifs

Nous proposons de faire de cet examen le support d'une information renforcée concernant les examens et bilans préventifs en direction de certaines familles. L'enjeu est que l'EPP devienne un levier permettant d'initier dès la période prénatale la coordination pour le parcours en postnatal.

L'enjeu est aussi qu'il permette de repérer les besoins et de proposer éventuellement un accompagnement renforcé à certaines familles, afin de sécuriser la réalisation des examens des deux premiers mois dans certaines familles les plus fragiles.

Les modalités

Sur la base du diagnostic territorial des ressources établis par les professionnels (*cf. proposition n°1*), cet examen pourrait être proposé aux femmes qui en ont besoin par le professionnel le plus adapté pour le réaliser (professionnel libéral, hospitalier, PMI).

Ce ciblage devrait permettre de déclencher un accompagnement social et médical renforcé de certaines femmes et de leur nourrisson en s'appuyant sur le savoir-faire des équipes de PMI, en complément des programmes existants (PANJO²⁴). L'enjeu est d'augmenter le nombre de parents bénéficiaires de visites à domicile de la PMI, qui ne fait en l'état l'objet d'aucune norme, afin de connaître l'environnement de l'enfant et de repérer d'éventuels facteurs de risques.

²⁴Le projet PANJO (Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents : un Outil de renforcement des services de PMI) est un dispositif d'interventions renforcées à domicile avec au minimum 2 visites prénatales et 4 visites postnatales. Les principaux objectifs de ces visites à domicile sont de promouvoir les relations parents-enfants de qualité, le bon usage par les parents des services médico-sociaux et le maintien des liens avec les services de PMI.

Proposition n°8 : Développer de nouvelles ressources à disposition des parents

Les enjeux/ les constats

De la concertation, est ressorti le rôle clef des familles dans la réalisation des examens et bilans de santé dits obligatoires. Or, les ressources mises à disposition pour accéder à une information de qualité concernant la prise en charge à 100% de ces examens et l'offre disponible sont aujourd'hui insuffisantes. Les familles ne connaissent pas toujours l'existence de ces bilans et examens, en dépit de leur mention dans le nouveau carnet de santé, ainsi que leurs conditions de prise en charge.

Une partie des acteurs évoquent la nécessité d'une harmonisation des messages de la branche famille (livret des parents) et de l'assurance maladie (pack « maternité », pack « naissance » mis en place dans le cadre du « parcours maternité, suivi et accompagnement de la femme enceinte et du jeune enfant »²⁵), mais aussi des messages adressés par les PMI aux parents²⁶.

Par ailleurs, les familles les plus vulnérables sont bien souvent celles qui ont le plus de difficultés à trouver des réponses aux questions qui les préoccupent, que ce soit par le biais d'actions de soutien à la parentalité ou de ressources mises à leur disposition. Celles-ci sont en effet foisonnantes, dispersées, diversifiées et pour ce qui concerne les ressources, de statut ou de pertinence parfois incertains.

Les objectifs

Dès lors, l'enjeu est de rendre effective la notion d'« examen systématiquement proposé » mise en avant par le Haut conseil de la santé publique, et d'améliorer les ressources mises à disposition pour accéder à une information de qualité concernant la prise en charge à 100% des 17 examens dits obligatoires et concernant l'offre disponible.

Cette réflexion s'inscrit dans le prolongement de la mise en place du médecin traitant de l'enfant. Elle est notamment convergente avec les réflexions autour d'un « parcours naissance » en cours de mise en place par la CNAF, dont certaines actions pourront être mises en œuvre à titre expérimental dans le cadre du parcours en santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans.

Les modalités

Afin d'atteindre davantage de familles, nous proposons la mise en place d'un système de bons de prise en charge sans avance de frais par la famille (sur le modèle du programme MT' Dents²⁷), qui

²⁵Le pack « maternité », dès réception de sa déclaration de grossesse, inclut un guide « Ma maternité » donnant des informations sur le suivi médical du futur bébé. Dès la déclaration de naissance de l'enfant, un pack « naissance » est adressé à l'assurée ou ayant droit par sa caisse d'assurance maladie. Il comporte notamment un guide « 0-3 ans » donnant des informations sur le suivi médical de l'enfant de 0 à 3 ans (examens, vaccination) ainsi que des conseils en santé et en prévention, et un calendrier personnalisé de suivi médical de l'enfant.

²⁶Courrier de mise à disposition des sages-femmes, des infirmières puéricultrices à réception des déclarations de grossesse et des certificats de santé du 8ème jour et ou avis de naissance par les mairies.

²⁷Ce modèle repose sur l'envoi aux familles d'un courrier d'invitation et d'un imprimé de prise en charge un mois avant la date d'anniversaire de l'enfant ; sur une prise en charge à 100 % de l'examen bucco-dentaires et des soins de suite avec dispense d'avance de frais, et enfin une relance systématique

pourrait être remis lors de l'examen prénatal obligatoire, ou envoyé par courrier un mois avant chaque date d'anniversaire de l'enfant. De manière analogue au programme MT'Dents, il pourrait faire l'objet d'une relance systématique quelques mois échus après la première invitation, dans un premier temps par courrier et ultérieurement, dans le cadre du DMP, sous la forme de rappels dématérialisés (cf. *infra proposition n°9*).

L'envoi de ces bons de prise en charge pourrait concerner chaque classe d'âge, à l'exception des 3-4 ans pour lesquels un courrier simple pourrait être prévu, informant les parents de la tenue de cet examen à l'école, afin de soutenir la généralisation de l'examen du BSEM à 3-4 ans (cf. *proposition n°3*).

Au-delà de cette information dédiée, nous préconisons de s'appuyer sur l'ensemble des supports existants pour renforcer l'information destinée aux parents concernant les examens et bilans de santé obligatoires. Le Livret des parents transmis par les CAF pourrait devenir un support pour améliorer l'information disponible concernant la prise en charge à 100% des 17 examens dits obligatoires. Nous recommandons aussi de s'adosser autant que possible au parcours naissance en cours de mise en place par la CNAF²⁸ pour en faire le support d'une information renforcée concernant les examens dits obligatoires.

Nous préconisons également de prendre appui sur les développements envisagés autour du programme MT'Dents pour faire la promotion de l'examen bucco-dentaire en milieu scolaire (extension du programme aux enfants de trois ans à compter de 2019 ; mise en place depuis 2018 d'un suivi personnalisé pour les CP en REP et REP+, avec un nouveau cahier des charges qui prévoit la possibilité d'un dépistage sur place et une réactualisation des courriers d'invitation). Ces développements pourraient constituer un point d'appui pour améliorer l'information des parents concernant les autres bilans et examens de santé pris en charge à 100%.

²⁸Qui figure à la fois dans la convention d'objectifs et gestion de la Cnaf et dans le schéma directeur des systèmes d'informations de la Sécurité sociale. L'objectif est d'articuler les offres de services et les droits de l'assurance maladie, de la branche famille, de la branche recouvrement (Pajemploi), ainsi que toutes les offres de services locales.

Thème n°5 : Développer des outils de liaison partagés entre professionnels et renforcer la fonction de coordination

Proposition n°9 : Renforcer l'utilisation du nouveau carnet de santé en tant qu'outil de partage d'information entre les professionnels de santé

Les enjeux/ les constats

Le carnet de santé est aujourd'hui le seul outil « multi-fonctions » disponible : à la fois outil de suivi du développement de l'enfant et de son parcours de santé, support de messages de prévention et par là un outil de communication entre les familles et les professionnels de santé, et outil d'échanges entre professionnels.

Dans son avis de 2016, le HCSP estime toutefois que « les familles ne s'approprient pas de manière suffisante ce document : défaut de remplissage des parties qui leur sont réservées ou d'ajouts d'éléments personnels tel l'âge de la marche, défaut de présentation systématique lors de la consultation d'un professionnel de santé (le carnet de santé « ne suit pas » toujours l'enfant, comme par exemple en cas de garde alternée ou de séjour hors du milieu parental), moindre intérêt au fil de l'âge de l'enfant... »

Le HCSP relève surtout que l'utilisation de ce document par les professionnels de santé n'est pas optimale en particulier passée la première enfance : certains ne le consultent pas, certains ne le remplissent pas ou pas systématiquement. Nous avons très largement vérifié ce constat au cours de la concertation. Certains professionnels de santé nous ont aussi exprimé qu'ils ne « s'autorisaient pas » à écrire dans le carnet de santé, et à reporter les informations sur la prise en charge de l'enfant, information pourtant jugée précieuse par les professionnels de santé libéraux dans la coordination du parcours de l'enfant.

Le HCSP constate par ailleurs la multiplicité des supports d'informations entre professionnels à compléter sur le temps de consultation (carnet de santé papier, fiche de liaison entre PMI et médecine scolaire²⁹ transmise à l'issue du bilan à quatre ans, certificat de santé papier au 9^{ème} et 24^{ème} mois, fiche d'admission en maternelle, carnet de l'infirmière scolaire).

L'utilisation variable du carnet de santé de l'enfant par les professionnels de santé, passée la première enfance, ainsi que la multiplicité des supports d'échanges qui s'y ajoutent, limitent la possibilité d'organiser un ciblage des dépistages réalisés, de s'assurer de l'absence de redondance des interventions.

Les objectifs

²⁹L'article L. 2325-1 du code de la santé publique qui dispose que ces dossiers médicaux sont établis conformément à un modèle fixé par arrêté interministériel et transmis avant l'examen médical pratiqué en application.

Dès lors, il nous semble indispensable de renforcer l'utilisation du nouveau carnet de santé³⁰ en tant qu'outil de liaison entre les professionnels de santé, en appui des projets d'exercice coordonné évoqués ci-dessus. L'enjeu est qu'il devienne un support d'échange systématique dans l'ensemble des projets d'exercice coordonné évoqués ci-dessus. L'articulation avec le document de liaison entre PMI et médecine scolaire prévu par les textes, mériterait également d'être clarifiée.

Les modalités

Les formations communes (*cf. proposition n°11*) sont un levier pour harmoniser les modalités d'utilisation du carnet de santé par les professionnels de santé et devraient à ce titre comporter un volet dédié à l'utilisation du carnet de santé de l'enfant et à son remplissage.

Plus au-delà, les territoires pilotes pourraient constituer un lieu d'expérimentation, sous le pilotage de la CNAMTS, sur le chantier du DMP de l'enfant, l'enjeu étant l'intégration à terme des données relatives aux examens et bilans préventifs de l'enfant au DMP (*cf. encadré n°5*).

³⁰ Les nouveaux modèles du carnet et des certificats de santé de l'enfant entrés en vigueur le 1er avril 2018 ont permis la mise à jour de ces documents sur la base des recommandations du HCSP, afin de tenir compte des avancées scientifiques et des attentes des professionnels de santé et des familles (avec notamment une actualisation de certains messages de prévention, l'introduction des nouvelles courbes de suivi de la croissance et l'ajustement aux nouvelles recommandations vaccinales).

Encadré n°5 : Une réflexion indissociable de la relance des travaux sur le DMP de l'enfant

Les questions de dématérialisation des échanges et d'interopérabilité des systèmes d'information n'ont pas été considérées comme des préalables à la mise en place d'une coordination locale.

Toutefois, il est clair qu'elles seront un levier très puissant pour développer des collaborations effectives, moyennant une mise à jour radicale de l'architecture des outils existants.

Depuis la mise en production de la version 2 du DMP, le 14 mai 2018, les ayants droit (dont les mineurs) ont la possibilité de faire ouvrir leur DMP en accueils de CPAM, en officines, ou auprès d'un professionnel de santé.

Dans son avis de 2016, le HCSP évoquait la possibilité d'un carnet de santé de l'enfant qui soit à terme annexé au DMP sous la forme d'un module spécifique (une neuvième rubrique au-delà des huit actuelles³¹).

Dans un même ordre d'idée, le Conseil national des professionnels de pédiatrie a produit en 2017 un document de propositions dans lequel il plaide pour créer un carnet de santé dématérialisé pour chaque enfant dès sa naissance. Celui-ci permettrait de mettre à la disposition de tous les soignants qui en ont besoin les informations essentielles de la santé de l'enfant (suivi de vaccinations, traitements donnés, allergies, médecins consultés, interventions réalisées, etc.). Cet outil, connecté avec le logiciel métier utilisé par les médecins traitants de l'enfant ou les systèmes de dossiers patients informatisés (DPI) hospitaliers, servirait de complément au recensement de données statistiques pédiatriques.

Nous préconisons, en lien avec les pistes de propositions qui précèdent, de relancer les travaux sur l'intégration des données relatives aux examens et bilans préventifs de l'enfant au DMP.

Cette réflexion nous semble devoir inclure:

- *A minima*, un travail sur l'automatisme de l'ouverture d'un DMP de l'enfant à la naissance, sauf avis contraire du parent ;
- Une réflexion sur l'accès des professionnels de PMI et de la médecine scolaire au DMP: des premiers échanges avec la DSI de la CNAMTS, il ressort que des travaux sont en cours visant à ouvrir un accès au DMP au médecin scolaire et à permettre à terme le transfert de la synthèse réalisée dans le logiciel des médecins scolaires (ESCUAPE) vers le DMP. Une réflexion analogue pourrait être conduite sur l'intégration au DMP de la fiche de liaison entre professionnels PMI et médecin de santé scolaire.
- A terme, un travail sur l'évolution de la structure du DMP pour lui permettre de valoriser le contenu du carnet de santé de l'enfant (sous la forme d'une rubrique

³¹ Le DMP est aujourd'hui structuré autour de huit rubriques qui organisent les données de santé : espace de synthèse des données médicales générales ; traitement et soins (prescriptions) ; comptes rendus ; imagerie médicale ; analyses de laboratoire ; prévention (dont rappel de vaccins) ; certificats et déclarations ; espace personnel contenant les informations que le patient juge utile de porter à la connaissance des médecins.

dédiée ou au sein de la rubrique « prévention »), voire d'inclure un système de rappel automatisé des bilans et examens obligatoires.

Nous avons la conviction qu'il s'agit d'un chantier déterminant, à la fois pour renforcer le suivi et l'utilisation du carnet de santé de l'enfant par les familles et par les professionnels libéraux, et pour développer une information pertinente en direction des familles.

A plus court terme, les projets visant à améliorer l'interopérabilité des systèmes d'information dans chaque sphère doivent être poursuivis, à l'image du projet de portail unique porté par la DGESCO et la Direction du numérique éducatif. Son objectif est de proposer un bouquet de services commun aux différents métiers via un portail agrégeant les fonctionnalités des diverses applications métiers (dont le logiciel ESCULAPE).

Proposition n°10 : Développer les outils de repérage et d'observation en direction des professionnels de l'accueil et de l'éducation

Les enjeux/ les constats

Il est ressorti de la concertation la nécessité de développer le rôle de pré-détection de certains troubles par les professionnels des crèches, les assistants maternels et les professionnels de l'Education nationale enseignant ou en situation pédagogique, afin de contribuer à orienter, à l'échelle de certaines tranches d'âges (cf. bilan à six ans) le ciblage des bilans et examens préventifs.

Les modalités

Il est proposé de travailler dans le cadre de l'exercice coordonné (cf. thème n°2) à l'élaboration et à la promotion d'outils d'observation partagés, déjà développés (ex : BSEDS 5-6 à destination du repérage enseignant³²) ou expérimentés localement en vue de permettre le pré-repérage de certains troubles. Ces outils de collaboration ont notamment vocation à être développés en direction des professionnels du secteur scolaire et des personnels de l'accueil de la petite enfance.

Les initiatives et expériences locales repérées

La PMI des Yvelines met à disposition dans le cadre du projet Parler Bambin (cf. supra) une grille de pré-repérage simple pour détecter les difficultés précoces de communication chez les enfants entre 1 et 2 ans. Les équipes de PMI ont été formées à son utilisation dans le cadre d'un programme visant à mieux repérer les difficultés de langage lors des consultations pédiatriques dès 12 ou 18 mois.

La PMI de Moselle utilise et prend en compte, préalablement au bilan des 3-4 ans, une fiche de renseignement à remplir par l'enseignant de la classe concernée. Outre des informations sur la fréquentation scolaire de l'élève, l'enseignant est invité à indiquer s'il constate des difficultés particulières en matière de comportement (spontanéité, sociabilité, attention, séparation enfant/parent, comportement alimentaire, propreté/hygiène), en matière d'aptitude (adresse manuelle, habileté motrice, activité dans laquelle l'enfant a le plus de facilité/le plus de difficulté), en matière sensorielle (vision, audition) et en matière de langage.

Le site Infolangage mis en place par la Fédération Nationale des Orthophonistes, dédié à la prévention des troubles du langage, propose des outils en direction des parents de jeunes enfants et des professionnels de la petite enfance, qui propose un ensemble de documents et de ressources.

³²Le BSEDS 5-6 (Bilan de Santé Évaluation du Développement pour la scolarité 5 à 6 ans) est centré sur le développement de l'enfant. Le bilan standard est composé du repérage enseignant apportant des éléments sur les comportements scolaires, l'attention, le langage, la motricité fine et la copie de figures géométriques et du bilan standard de santé scolaire.

Proposition n°11 : Développer la formation des professionnels comme outil de décloisonnement et de collaboration

Les enjeux/les constats

Les formations pluri-professionnelles autour d'un thème commun peuvent participer à la création de communautés professionnelles autour du bien-être de l'enfant : les échanges de savoirs formalisés, et l'harmonisation des pratiques avec du temps dégagé pour les professionnels, sont des préalables à la construction d'un parcours coordonné de l'enfant de 0 à 6 ans.

Les objectifs

Il est proposé de mettre en place au niveau territorial des formations pluri-professionnelles transverses de l'ensemble des personnels concernés par le parcours en santé de l'enfant (formation initiale et continue), pour renforcer l'acculturation réciproque, autour de concepts partagés et de problématiques communes identifiées dans le diagnostic local réalisé par les acteurs (ex : formation à la détection, développement, langage de l'enfant, etc).

Le développement de ces formations permettrait à la fois :

- De répondre à des problématiques spécifiques telles que la formation des enseignants au repérage à « l'adressage » ;
- De contribuer à la construction d'une culture commune en tenant compte des avancées et des évolutions pédagogiques, médicales et sociétales.

L'enjeu est d'assurer des temps de concertation communs et spécialisés, formalisés, obligatoires et intégrés au temps de travail.

Les initiatives et expériences locales repérées

La PMI de Moselle a organisé des formations par communauté professionnelle autour d'un thème commun relatif au bien-être de l'enfant.

Pour la Métropole de Lyon, la ville de Vaux-en-Velin, en liaison avec l'IEN de circonscription, a monté un projet relatif à l'aménagement des espaces de travail des enfants en maternelle permettant, entre autres, à des professionnels de crèches de se rendre dans les écoles maternelles et à des ATSEM de maternelle de se rendre en crèche et pour observer et échanger sur leurs pratiques professionnelles respectives. Des formations communes sur le dépistage de l'autisme et des troubles du neurodéveloppement sont également réalisées, réunissant les professionnels de crèches, les RAM, la PMI, les libéraux, les pédopsychiatres, les CMPP et les CAMSP.

La ville de Rennes a testé un temps d'intervention, d'accompagnement et d'échanges avec les personnels de son service santé et les enseignants sur le temps de la pause méridienne, au sein de l'école.

Les modalités

Il est proposé de s'appuyer dans un premier temps sur une collaboration locale entre l'ARS, le Conseil départemental/ service municipal de santé et le rectorat (*cf. proposition n°1*) pour déterminer des thématiques fédératrices et mettre en place des formations en commun, en privilégiant la collaboration entre les services de PMI et l'Education nationale et en veillant à associer les autres acteurs du parcours 0-6 ans : RAM, EAJE, libéraux, pédopsychiatrie, etc.

Ces collaborations pourraient ensuite être étendues aux ATSEM³³ et aux Enseignants sur des thématiques partagées.

³³ Pour exemple le CNFPT organise une formation « *soins et santé de l'enfant en accueil petite enfance de 0 à 6 ans* » à destination des professionnels exerçant auprès de jeunes enfants dont public mixé ATSEM, assistant éducatif petite enfance

Conclusion

La petite enfance est une période cruciale pour réduire les inégalités sociales de santé et soutenir des trajectoires plus favorables pour la santé de tous les enfants, à court, à moyen et à long terme. Elle est aussi une période où se côtoient un nombre particulièrement élevé d'acteurs relevant de différents secteurs : la santé, le social, l'éducation, les structures d'accueil des jeunes enfants ou les loisirs, d'où un besoin de coordination accru.

Les onze propositions qui précèdent doivent permettre l'émergence de cadres de coopération formalisés, au-delà des initiatives existantes, souvent nombreuses mais peu structurées. L'enjeu est de permettre à tous les acteurs de la santé de l'enfant sur un territoire de se rencontrer régulièrement, de confronter les expériences, de partager un diagnostic des enjeux de santé touchant les enfants, d'élaborer des projets communs pour y répondre, mais également d'améliorer l'information des familles, de simplifier et de rendre plus lisible les dispositifs de prévention.

Notre conviction est que cette coordination doit pouvoir s'adosser autant que possible sur les outils existants, souvent nombreux mais insuffisamment connus des acteurs : projets territoriaux de santé, contrats locaux de santé, communautés territoriales professionnelles de santé, protocoles de coopération, contractualisation CPAM/Conseils départementaux permettant de soutenir des actions de prévention individuelle ou collective.

La mise en place de ce cahier des charges devra faire l'objet d'un accompagnement renforcé, à la fois pour faire connaître les initiatives existantes et pour mieux outiller les territoires : amélioration de la connaissance disponible sur l'état de santé des enfants, afin de permettre aux territoires d'apprécier leur situation relative ; relance des travaux sur le DMP de l'enfant, afin de lever les blocages liés aux lacunes des outils de liaison disponibles entre professionnels ; mise en place d'une instance de suivi avec en cible une généralisation de la démarche à tous les territoires à horizon 2020-2021.

Lettres de mission

Le Premier Ministre

147 2 / 18 / SG

Paris, le 24 SEP. 2018

Madame la députée,

Le 26 mars dernier, j'ai présenté, lors du comité interministériel pour la santé, 25 mesures phares constituant le plan « Priorité prévention » qui concrétise le premier axe de la stratégie nationale de santé portée par le Gouvernement pour les cinq prochaines années. Ce plan repose sur un renforcement de la cohérence des actions du Gouvernement dans son ensemble, bien au-delà du seul champ des acteurs de la santé, et l'un de ses objectifs essentiels est la réduction des inégalités de santé dès le plus jeune âge.

En effet, les données disponibles montrent que les inégalités de santé s'installent avant l'âge de 6 ans, voire dès l'âge de 3 ans. Sans une action réelle dès les premières années de vie, ces inégalités de santé persistent et nuisent à la réussite scolaire des enfants, augmentant en retour les inégalités sociales. J'ai fixé comme objectif d'ici à 2020 de 100 % des visites réalisées avant 6 ans.

Cette action doit à la fois être précoce et menée de manière concertée avec l'ensemble des adultes amenés à entourer les jeunes enfants, se fonder sur une analyse fine des besoins de l'enfant, prenant en compte les étapes de son développement physique, psychique et affectif et garantir que l'ensemble des dépistages nécessaires soit réalisé en temps utile pour que tous les enfants puissent bénéficier au plus tôt d'une prise en charge adaptée. Telle est l'ambition du parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation de l'enfant entre 0 et 6 ans, des premières socialisations à l'entrée au cours préparatoire.

La mise en œuvre de ce parcours nécessite une phase de concertation des familles et de l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, éducatif et social. Elle doit permettre d'établir un diagnostic partagé et de recueillir les avis, contributions et propositions concrètes d'actions collaboratives pouvant être intégrés dans l'expérimentation du parcours sur quelques territoires durant l'année scolaire 2018-2019.

Madame Stéphanie RIST
Députée
Assemblée nationale
126, rue de l'Université
75355 PARIS 07 SP

.../...

C'est pourquoi, je souhaite vous confier, ainsi qu'à Madame Marie-Sophie BARTHET-DERRIEN, médecin de la protection maternelle et infantile, une mission relative au renforcement de l'accès à la santé pour les enfants de l'âge de 0 à 6 ans, au titre de laquelle il vous reviendra :

- de mener la concertation de l'ensemble des parties prenantes ;
- de définir de façon très concrète la mise en place d'un parcours 0-6 ans sur les territoires, sur la base d'un diagnostic partagé s'appuyant sur des éléments d'objectivation de l'existant et d'un recueil des propositions auprès des professionnels concernés ;
- d'identifier les terrains prometteurs pour la mise en place des expérimentations, ainsi que les outils et leviers facilitant la mise en place d'un tel parcours.

Un décret vous nommera, en application de l'article L.O. 144 du code électoral, parlementaire en mission auprès de Madame Agnès BUZYN, ministre des solidarités et de la santé et de Monsieur Jean-Michel BLANQUER, ministre de l'éducation nationale.

Pour mener vos travaux, vous pourrez prendre appui sur l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et sur l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR).

Je souhaite que ces travaux se déroulent de septembre à décembre 2018, avec les principales parties prenantes. Vous mènerez en parallèle des auditions complémentaires de tous les acteurs concernés. Des déplacements sur le terrain pourront être mis en place, à votre initiative, afin de faire un bilan des expériences positives et d'identifier des bonnes pratiques et partenariats susceptibles d'être recommandés et valorisés en vue de leur diffusion.

Votre mission s'achèvera à la remise de vos conclusions à la fin de l'année 2018.

Je vous prie d'agréer, Madame la députée, l'expression de mes respectueux hommages.


Edouard PHILIPPE

27 SEP. 2018

1473 / 18 / SG

Direction PMI et Modes de garde

Paris, le 24 SEP. 2018

Docteur,

Le 26 mars dernier, j'ai présenté, lors du comité interministériel pour la santé, 25 mesures phares constituant le plan « Priorité prévention » qui concrétise le premier axe de la stratégie nationale de santé portée par le Gouvernement pour les cinq prochaines années. Ce plan repose sur un renforcement de la cohérence des actions du Gouvernement dans son ensemble, bien au-delà du seul champ des acteurs de la santé, et l'un de ses objectifs essentiels est la réduction des inégalités de santé dès le plus jeune âge.

En effet, les données disponibles montrent que les inégalités de santé s'installent avant l'âge de 6 ans, voire dès l'âge de 3 ans. Sans une action réelle dès les premières années de vie, ces inégalités de santé persistent et nuisent à la réussite scolaire des enfants, augmentant en retour les inégalités sociales. J'ai fixé comme objectif d'ici à 2020 de 100 % des visites réalisées avant 6 ans.

Cette action doit à la fois être précoce et menée de manière concertée avec l'ensemble des adultes amenés à entourer les jeunes enfants, se fonder sur une analyse fine des besoins de l'enfant, prenant en compte les étapes de son développement physique, psychique et affectif et garantir que l'ensemble des dépistages nécessaires soit réalisé en temps utile pour que tous les enfants puissent bénéficier au plus tôt d'une prise en charge adaptée. Telle est l'ambition du parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation de l'enfant entre 0 et 6 ans, des premières socialisations à l'entrée au cours préparatoire.

La mise en œuvre de ce parcours nécessite une phase de concertation des familles et de l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, éducatif et social. Elle doit permettre d'établir un diagnostic partagé et de recueillir les avis, contributions et propositions concrètes d'actions collaboratives pouvant être intégrés dans l'expérimentation du parcours sur quelques territoires durant l'année scolaire 2018-2019.

Docteur Marie-Sophie BARTHET-DERRIEN
Service départemental de la protection maternelle
et infantile de la métropole de Lyon
20, rue du lac
69399 Lyon 3^{ème} arrondissement

.../...

2.-

C'est pourquoi, je souhaite vous confier, ainsi qu'à Madame Stéphanie RIST, députée, une mission relative au renforcement de l'accès à santé pour les enfants de l'âge de 0 à 6 ans, auprès de Madame Agnès BUZYN, ministre des solidarités et de la santé et de Monsieur Jean-Michel BLANQUER, ministre de l'éducation nationale, au titre de laquelle il vous reviendra :

- de mener la concertation de l'ensemble des parties prenantes ;
- de définir de façon très concrète la mise en place d'un parcours 0-6 ans sur les territoires, sur la base d'un diagnostic partagé s'appuyant sur des éléments d'objectivation de l'existant et d'un recueil des propositions auprès des professionnels concernés ;
- d'identifier les terrains prometteurs pour la mise en place des expérimentations, ainsi que les outils et leviers facilitant la mise en place d'un tel parcours.

Pour mener vos travaux, vous pourrez prendre appui sur l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et sur l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR).

Je souhaite que ces travaux se déroulent de septembre à décembre 2018, avec les principales parties prenantes. Vous mènerez en parallèle des auditions complémentaires de tous les acteurs concernés. Des déplacements sur le terrain pourront être mis en place, à votre initiative, afin de faire un bilan des expériences positives et d'identifier des bonnes pratiques et partenariats susceptibles d'être recommandés et valorisés en vue de leur diffusion.

Votre mission s'achèvera à la remise de vos conclusions à la fin de l'année 2018.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de mes respectueux hommages.


Edouard PHILIPPE

I. Acteurs de la santé- professionnels libéraux

Union nationale des professionnels de santé

Lucie Dupeux, kinésithérapeute

Dr Stéphan Menu-Guillemain, pédiatre

Dr Bernard Plédran, médecin généraliste

Fabienne Huard, sage-femme

Séverine Cavagnac-Wurtz, orthophoniste

Carole Gavira, infirmière puéricultrice

Maria Plaza, orthoptiste

Excusé : Serge Coimbra, pédicure-podologue

Fédération nationale des orthophonistes

Cécile Corallini, secrétaire générale

Société française de pédiatrie

Pr Brigitte Chabrol, présidente

Association française de pédiatrie ambulatoire

Dr Sylvie Hubinois, présidente

Groupement de pédiatrie générale

Dr Georges Picherot, président

Fédération Nationale des Centres de Santé

Dr Hélène Colombani, présidente

Dr Julie Etcheberry, médecin généraliste au centre de santé de Gennevilliers

Collège national des sages-femmes

Christine Blanchot, présidente

Fédération française des psychomotriciens

Nicolas Raynaud, secrétaire général adjoint

Sévérine Békier, psychomotricienne

Fédération française des réseaux de santé en périnatalité

Dr Blandine Mulin, présidente

Association Pôle parents bébés bambins (Loire Atlantique)

Dr Sylvie Biette-Effray, médecin généraliste

Emilie Bricard, infirmière puéricultrice

Fédération nationale des observatoires régionaux de santé

Lise Trottet, chargée d'études

II. Acteurs de la petite enfance

Association des maires de France

Elisabeth Laithier, adjointe au maire de Nancy, co-présidente du groupe de travail petite enfance de l'AMF

Fédération française des entreprises de crèche

Elsa Hervy, déléguée générale

Association nationale des puériculteurs diplômés et des étudiants

Charles Eury, président

Anaïs Valencas, secrétaire générale

Fédération nationale des éducateurs de jeunes enfants

Julie Marty-Pichon, présidente

Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux

Laurie Fradin, conseillère santé

Union nationale des centres communaux d'action sociale

Frédéric Bodo, Responsable du pôle politiques sociales

III. Acteurs du soutien à la parentalité

Le Furet- Réseau des LAEP

Marie-Nicole Rubio, présidente

Anne Zambeaux, membre du réseau des LAEP

Association des Collectifs Enfants Parents Professionnels

Philippe Dupuy, président

Union nationale des associations familiales

Marie-Pierre Gariel, présidente du département protection sociale santé

Nicolas Brun, coordonnateur du pôle protection sociale santé

Servane Martin, chargée de mission sur l'accueil de la petite enfance

ATD

Dr Huguette Boissonnat- Pelsy, responsable du département santé

Micheline Adobati

Viviane Tirlicien

Aquilina Pereira (excusée)

IV. Acteurs de la PMI

Association des départements de France

Jean-Michel Rapinat, directeur des politiques sociales

Anne-Gaëlle Wernert-Bernard, conseillère relations avec le parlement

Syndicat national des médecins de PMI

Dr Maryse Bonnefoy, co-présidente

Dr Pierre Suesser, co-président

Plate-forme "Assurer l'avenir de la PMI"

Dr Pierre Suesser

Réseau français des villes en santé OMS

Marie Boishu, Responsable du service santé enfance, direction de la santé publique, Ville de Rennes

Conseil départemental des Côtes d'Armor

Dr Anne Letoret, Médecin départemental- Responsable du service de PMI

Conseil départemental des Hautes-Alpes

Dr Corinne Bois, Médecin départemental - Responsable du service PMI, auteur de l'étude Elfe

Conseil départemental de Moselle

Dr Jean-Louis Gerhard, Médecin départemental - Responsable du service de PMI

Conseil départemental de Seine-Saint-Denis

Dr Roselyne Masson, médecin départemental- Responsable du service de PMI

Dr Evelyne Wannepain, médecin de PMI

Ville de Bordeaux

Pierre Costarramone, directeur santé publique

Ville d'Angers

Nathalie Garnier, responsable du service prévention éducation promotion de la santé à la direction de la santé publique

Sophie Justal, responsable du service petite enfance, direction éducation enfance

Yann Ménard, responsable d'un pôle éducatif et responsable sport santé handicap

Ville de Strasbourg

Viviane Fasciglione, cadre de santé, service promotion de la santé de la personne - Protection maternelle et infantile

V. Acteurs de la vie scolaire

Réseau français des villes éducatrices

Lê-Chinh Avena, adjointe au maire de Dijon en charge de la petite enfance, Membre du GT Petite enfance

Rectorat de Lille

Dr Annick Caron, Médecin conseiller technique

Direction des services départementaux de l'éducation nationale de l'Essonne

Dr Françoise Collongues, Médecin Conseiller Technique Départemental

Syndicat national des médecins scolaires et universitaires -UNSA

Dr Marianne Barré, Secrétaire générale

Syndicat Général de l'Education nationale-CFDT

Chrystelle Brulé, Secrétaire générale (infirmiers)

Syndicat national des infirmiers conseillers de santé- FSU

Saphia Guerreschi, Secrétaire générale

Syndicat des infirmiers éducateurs en santé de l'Education-UNSA

Brigitte Accart, secrétaire générale

Association française des Psychologues de l'Education nationale

Laurent Chazelas, président

Syndicat national des médecins de santé publique de l'Education nationale-CFDT

Dr Patricia Colson, secrétaire générale

Syndicat des inspecteurs de l'Education nationale

Franck Montuelle, secrétaire général en charge du secteur du 1^{er} degré

Société française des médecins de l'Education nationale

Dr Thierry Paruzynski, président

Association des conseillers techniques infirmiers de l'Education nationale

Rozenn De Lavennes, vice-présidente

Fédération des conseils de parents d'élèves

Dorothée Avet, secrétaire générale

Association des médecins conseillers techniques de l'Education nationale

Dr Jaya Benoit, présidente

Syndicat National Unitaire des Instituteurs, Professeurs des Écoles et des PEGC

Nelly Rizzo, secrétaire nationale

Syndicat national unifié des directeurs, instituteurs et professeurs des écoles de l'enseignement public-FO

Bernard Lempereur, secrétaire national

Université de Clermont-Auvergne

Carine Simard, Maître de conférence

VI. Personnes rencontrées dans le cadre de la journée à Orléans

Pascale Toupé, inspectrice d'académie adjointe, DSDEN du Loiret

Valérie de Nadaï, inspectrice de l'Education Nationale de la circonscription Orléans Val de Loire, DSDEN du Loiret

Florence Naudin-Gomez, IEN ASH (maternelle et adaptation), DSDEN du Loiret

Dr Sylvie Angel, médecin conseiller technique, DSDEN du Loiret

Anne Bouygard, directrice générale de l'ARS Centre Val de Loire

Aurélie Masi, responsable du département PH, ARS Centre Val de Loire

Dr Brigitte Viale, référent médical situations de handicap, ARS Centre Val de Loire

Nadia Matias, référente jeunesse, Direction de la santé publique et environnementale, ARS Centre Val de Loire

Bernard Terranova, association Parentèle

Dr Fabienne Kochert, pédiatre libérale

Claire Dupont, chef d'établissement Ecole Saint Charles

Dr Stéphanie Dupuck, psychiatre au pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, EPSM G. Daumezon

Aysel Kara, cadre de santé psychiatrie de l'enfant et de l'adolescence, EPSM G. Daumezon

Christelle Rouet, FCPE du Loiret

Brigitte Hercent-Salanie, médecin départemental, chef de service PMI du Loiret

Corinne Chevalier, IDE, coordinatrice du réseau Grandir en région Centre

Mélanie Rodriguez, Directrice de l'école maternelle Roger Toulouse

Dr Barbara Tisseron, pédiatre

Muriel Gendron, conseillère en environnement intérieur

VII. Personnes rencontrées lors du déplacement dans les Yvelines

Ghislain Fournier, 3ème vice-président du Conseil départemental délégué à la nouvelle organisation territoriale, et la simplification administrative

Claire d'Hennezel, co-responsable du programme national Parler Bambin en crèche, Agence nationale des solidarités actives

Laure Lelièvre, orthophoniste, cheffe de projet, Association 1001 mots

Dr Aude Fatout, médecin territorial de PMI, centre de PMI de Plaisir Valibout

Dr Sandrine Berthou, médecin de PMI

Pascaline Bihr, orthophoniste

Claire Billet, orthophoniste

Sophie Derenty, orthophoniste

VIII. Personnes rencontrées lors du déplacement à Evry-Courcouronnes (Essonne)

Dr Pascale Echard- Bezault, Directrice de la santé publique intercommunale

IX. Personnes rencontrées lors du déplacement à Lyon

Murielle Laurent, vice-présidente en charge de l'action sociale et éducative, métropole de Lyon

Virginie Poulain, conseillère déléguée en charge de l'adoption, de l'accompagnement des familles et de la vie associative, métropole de Lyon

Olivier Nys, directeur général des services, métropole de Lyon

Pascal Isoard-Thomas, conseiller technique PA PH, enfance, famille éducation, cabinet du Président, métropole de Lyon

Frédéric Barthet, adjoint à la déléguée générale, délégation développement solidaire habitat éducation

Dr Véronique Ronzière, directrice de la PMI, métropole de Lyon

Virginie Schlatter, direction de la santé et du développement social, métropole de Lyon

Catherine Capgras, direction PMI, métropole de Lyon

Pr Pierre Fournieret, chef de service psychopathologie du développement de l'enfant et de l'adolescent, Hospices civils de Lyon, hôpital femme mère enfants

Michèle Tardieu, directrice des projets, santé des jeunes, direction de la stratégie et des parcours, agence régionale de santé Auvergne Rhône Alpes

Dr Chantal Mannoni, médecin de santé publique et médecine sociale. Direction de la santé publique - Pôle Prévention et Promotion de la santé, agence régionale de santé Auvergne Rhône Alpes

Sandrine Roulet, sous-directrice action sociale à la CAF du Rhône

Jean-Pascal Tortonèse, coordonnateur de projets, CAF du Rhône

Dr Marie- Pierre Pollet, médecin conseillère technique auprès du DASEN

Dr Murielle Marie-Laure Leroux, médecin conseillère technique adjointe auprès du DASEN

Visite à la MdM de Vaux-en-Velin

Dr Murielle Shirvanian-Bossard, chef de service santé du territoire de Bron Vaulx-en-Velin, métropole de Lyon

Laure Bricaud, directrice d'école, Vaulx-en-Velin

Nicole Gaget, Ville de Vaulx-en-Velin

Véronique Pernoud, responsable d'un EAJE municipal, Ville de Vaulx-en-Velin

Gaëlle Pavon, conseillère pédagogique

Audrey Luscher, conseillère pédagogique

Visite à la MdM de Caluire-et-Cuire

Josiane Cornu, directrice du territoire Caluire Rillieux Neuville, métropole de Lyon

Dr Dominique Labatut, chef de service santé du territoire de Caluire Rillieux Neuville, métropole de Lyon

Martine Percie du Sert, infirmière en EAJE

Dr Claire Zerbib, médecin de PMI, métropole de Lyon

Nathalie Revillot, infirmière puéricultrice PMI, métropole de Lyon

Bénédicte Dubreuil, puéricultrice PMI, métropole de Lyon

X. Acteurs institutionnels

Cabinet du Premier ministre/ Présidence de la République

Marie Fontanel, conseillère Solidarités et Santé à la Présidence de la République

Guillaume Couillard, conseiller santé auprès du Premier Ministre

Mélanie Villiers, conseillère technique en charge des collectivités

Cabinet de la Ministre des solidarités et de la santé

Valérie Mazeau-Woynar, conseillère

Secrétaire d'Etat auprès de la Ministre des solidarités et de la santé

Adrien Taquet, Secrétaire d'Etat auprès de la Ministre des solidarités et de la santé

Aude Muscatelli, directrice de cabinet

Cabinet du Ministre de l'Education nationale

Thierry Ledroit, conseiller chargé des territoires et des politiques interministérielles

Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes

Dorothée Pradines, conseillère

Délégation interministérielle à la lutte contre l'autisme

Claire Compagnon, déléguée interministérielle

Olivier Toche, inspecteur à l'IGAS en appui de la délégation

Inspection générale des affaires sociales

Bénédicte Jacquy-Wazquez, inspectrice

Caisse nationale d'allocations familiales

Gaëlle Prévost, responsable du parcours naissance

Agence régionale de santé Ile-de-France

Dr Laurence Desplanques, Responsable du département Périnatalité, santé de l'enfant, direction de la prévention

Direction générale de la cohésion sociale

Jean-François Pierre, adjoint au chef de bureau des familles et de la parentalité, sous-direction de l'enfance et de la famille

Emilie Barreau, Cheffe du bureau de la protection de l'enfance et de l'adolescence, sous-direction de l'enfance et de la famille

Loïc Tanguy, chargé de mission protection de l'enfance, bureau de la protection de l'enfance et de l'adolescence

Direction générale de la santé

Dr. Odile Kremp, cheffe du bureau « santé des populations et politique vaccinale »

Dr Caroline Bussière, adjointe cheffe du bureau « santé des populations et politique vaccinale »

Dr. Brigitte Lefevre, chargée du dossier « santé des enfants » au sein de ce bureau

Caisse nationale d'assurance maladie

Nicolas Revel, directeur général

Saïd Oumeddour, responsable du département prévention et promotion de la Santé à la Direction déléguée à l'offre de soins

Direction générale de l'offre de soins

Cécile Courrèges, directrice

Eve Robert, cheffe de projet accès aux soins

Haut conseil de la santé publique

Pr Franck Chauvin

Virginie Halley des Fontaines, co-présidente du Groupe de travail permanent pour une politique de santé de l'enfant globale et concertée

Louise Petit, interne en médecine

Haut conseil à la famille à l'enfance et à l'âge

Sylviane Giampino, vice-présidente

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence régionale de santé
BSEM	Bilan de santé à l'école maternelle
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CLS	Contrat local de santé
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
DASEN	Directeur académique des services de l'Éducation Nationale
DMP	Dossier médical partagé
EPP	Entretien prénatal précoce
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
IPDE	Infirmier puériculteur diplômé d'Etat
PMI	Protection maternelle et infantile
PTS	Projet territorial de santé