

CAHIER DES CHARGES

PROGRAMMES DE PROMOTION DE LA SANTE MENTALE ET DU BIEN ETRE DU JEUNE ENFANT (0-3 ANS)

2019 - 2022

Préambule

Pour la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) les qualités stimulantes et de soutien physique et affectif des milieux où les enfants grandissent, vivent et apprennent — parents, fournisseurs de soins, famille et communauté — sont celles qui ont le plus de répercussions sur leur développement. Aussi, les premières années d'un enfant exercent, tout au long de sa vie, une influence cruciale sur une vaste gamme de résultats sociaux et liés à la santé. La recherche démontre maintenant que les racines de nombreux défis de la société adulte (problèmes de santé mentale, obésité ou arrêt de croissance, maladie du cœur, criminalité, compétences en lecture, en écriture et en calcul...) remontent à la petite enfance. Un sain départ dans la vie donne ainsi, à chaque enfant, une chance égale de se développer et de devenir un adulte pouvant contribuer de façon positive à sa communauté.

En France, malgré une politique familiale forte avec des prestations familiales importantes, un accueil précoce du jeune enfant et des services dédiés à la protection maternelle et infantile (PMI), des inégalités sociales et territoriales de santé persistent dès le plus jeune âge. Pour lutter contre ces inégalités, des actions sont prévues sur plusieurs plans nationaux, notamment :

La Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022¹ positionne l'Etat comme le garant de la cohérence et de l'efficacité de l'action de l'ensemble des pouvoirs publics en matière de parentalité, en coordination avec les initiatives privées. Elle vise, par une intervention précoce, « la prévention de la survenance de risques pesant sur les familles en valorisant les parents dans leur rôle, et en renforçant leurs capacités et leurs compétences parentales ». Cette stratégie est articulée avec la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes, la Stratégie nationale de santé, la Stratégie nationale de protection de l'enfance ou encore avec la grande cause du quinquennat pour l'égalité entre les femmes et les hommes.

La Stratégie nationale de prévention et protection de l'enfance 2020-2022, lancée en 2019, soutient les interventions précoces, pour répondre aux besoins des enfants et de leur famille, notamment en renforçant les actions de visite à domicile et les interventions innovantes des services de protection maternelle et infantile.

Le Plan priorité prévention propose, quant à lui, de mettre en place un parcours de coordination renforcée «santé-accueil-éducation» de l'enfant entre 0 et 6 ans, c'est-à-dire dès la première socialisation à l'entrée au CP. L'objectif est de déployer progressivement des coordinations adaptées des acteurs de chaque territoire afin de faciliter la mise en œuvre des stratégies nationales de prévention et de lutte contre la pauvreté², de soutien à la parentalité et de protection de l'enfance. Ceci permettra, par exemple, d'améliorer le taux de participation à la visite médicale avant six ans.

La Stratégie nationale de santé (SNS) demande, en particulier, de :

- Agir dès la grossesse, à l'accouchement et durant la période néonatale sur les facteurs qui peuvent affecter la santé et le développement psychomoteur des enfants...
- Améliorer la coordination des acteurs intervenant auprès des familles et susceptibles d'accompagner les parents quant à la santé de l'enfant, qu'ils relèvent du champ sanitaire, éducatif ou social

¹ Direction générale de la cohésion sociale

² La Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté fait de l'importance de donner une égalité des chances aux enfants dès le plus jeune âge son engagement n° 1.

- Mettre en adéquation les offres d'accompagnement proposées aux parents avec les besoins de santé de leur enfant, en utilisant des méthodes innovantes et participatives et en mettant à la disposition des parents des ressources pédagogiques de confiance
- Renforcer le réseau de la protection maternelle et infantile

La Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie s'inscrit en cohérence avec ces objectifs de la SNS. Aussi, l'action n°1, « Renforcer les compétences psychosociales » affirme que les compétences parentales sont l'objet de programmes validés d'interventions de renforcement des compétences psychosociales et basées sur la pleine conscience. Ces interventions agissent sur les relations et les interactions que les parents entretiennent avec leurs enfants. Elles sont essentielles pour soutenir le développement des compétences socio-émotionnelles des enfants.

Au niveau régional, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est l'un des trois objectifs³ du Projet régional de santé 2018-2022 (PRS).

Dans ce cadre, le PRS2 plaide pour un renforcement de la place de la protection maternelle et infantile et de la santé scolaire. En effet, si la protection maternelle et infantile (PMI) contribue à la réduction des inégalités pour les jeunes enfants⁴ - et que pour certains jeunes enfants elle est même le seul interlocuteur dans le champ de la santé en dehors des urgences - ce dispositif n'est actuellement plus suffisamment opérant du fait, en particulier, de tensions sur la démographie médicale et de politiques départementales priorisant parfois les missions de protection de l'enfance sur les missions de santé⁵.

En matière de santé mentale, le PRS2 prévoit comme l'un des principes des actions celui de faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations, comme suit:

- La promotion de la santé mentale s'inscrit dans le contexte élargi de la santé publique et propose une approche différente de celle des soins, notamment en utilisant des stratégies intersectorielles et en mettant l'accent sur la protection du bien-être et des attributs de la santé mentale positive. Elle cherche en particulier à développer les conditions de vie et un environnement qui favorisent la santé mentale et à permettre aux individus d'acquérir des attitudes favorables à leur santé.
- Si le principe de l'intervention précoce s'applique à tous les âges de la vie, la petite enfance est une période cruciale pour tenter de réduire la proportion d'enfants vulnérables et de favoriser le développement global des enfants. Dans le cadre de la lutte contre les inégalités de santé, le développement de la petite enfance est ainsi considéré par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un puissant égalisateur.
- Les périodes prénatale et de la petite enfance constituent des périodes « d'opportunité » car les actions qui couvrent la période de la conception jusqu'à 8 ans et qui facilitent les périodes de transition, augmentent les chances d'influencer positivement le développement global des enfants. En effet, les fonctions cérébrales se développent tout au long de la vie, mais à un rythme très rapide au cours des premières années. Cette évolution se fait en plusieurs phases, de telle sorte qu'à des moments spécifiques de la vie, certaines zones du cerveau sont plus sensibles aux influences bénéfiques ou néfastes de l'environnement qu'à d'autres moments. Cette malléabilité peut conduire à l'adaptation ou à la vulnérabilité.
- Une action menée précocement peut avoir un effet positif majeur sur le développement de l'enfant, surtout si elle permet par ailleurs aux parents de prendre confiance en leur capacité à accompagner leur enfant sur le long terme.

Ces considérations sont déclinées dans l'un des objectifs opérationnels de la fiche santé mentale du PRS2 à savoir :

- **Mettre en place, d'ici 2022, au moins un programme multi-partenarial de promotion de la santé mentale et du bien-être du jeune enfant (0-3 ans) sur chaque département.**

³ Les 2 autres objectifs sont : renforcer la prévention et la promotion de la santé pour préserver le capital santé et bien-être et éviter d'avoir à soigner ; et adapter les actions et les politiques aux spécificités locales, en cherchant notamment une meilleure coordination des acteurs.

⁴ L'importance de la contribution de la PMI à la promotion de la santé des enfants, des jeunes et des familles est affirmée, entre autres, par le rapport RM2006-163P de l'Inspection générale des affaires sociales, Novembre 2006

⁵ Schéma régional de santé : Mettre en œuvre un panier de services pour les jeunes enfants. ARS Ile de France - 2018

Le présent cahier de charges est rédigé pour accompagner la mise en œuvre de ces programmes.

Objectifs du Cahier des charges

- Le cahier des charges fixe un cadre pour les professionnels, les élus, les usagers, les institutions, les établissements et les associations concernées par les programmes de promotion de la santé mentale et du bien-être du jeune enfant (PSME). Il les aide à arrêter l'organisation de ceux-ci, leurs missions, leurs objectifs, leurs méthodes de travail, et leurs règles déontologiques.
- Il présente le cadre qui semble le plus pertinent pour constituer un espace de concertation adapté à chaque niveau local.
- Il constitue le minimum requis pour la mise en place d'un programme de promotion de la santé mentale et du bien-être du jeune enfant et son financement par l'ARS.
- Il fixe les bases de l'évaluation de l'action du programme.

1) Définition d'un programme de promotion de la santé mentale et du bien-être du jeune enfant :

- Ces programmes sont composés d'actions intersectorielles favorisant les conditions de vie essentielles au développement psychologique, affectif, cognitif et social des jeunes enfants d'un territoire.
- Ils peuvent être portés par une collectivité (Contrat local de santé - CLS, service de PMI, Atelier santé ville – ASV...), un réseau professionnel, une association ou un Conseil local de santé mentale (CLSM). Sont exclues les structures à but lucratif.
- Ils interviennent dès le début de la grossesse jusqu'à l'âge de 3 ans de l'enfant
- Ils impulsent un travail inter partenarial fort permettant d'agir sur un ensemble de déterminants
- L'accompagnement est ajusté en fonction des besoins des familles
- Ils privilégient une approche participative favorisant la prise en compte des besoins prioritaires de la famille et de ses ressources

2) Objectifs du PSME

2.1) Objectifs stratégiques

- Favoriser la création et/ou le renforcement de la collaboration et l'engagement entre les acteurs d'un territoire autour d'actions contribuant au développement des jeunes enfants. Le travail en réseau interinstitutionnel et interprofessionnel facilite la cohérence des interventions, notamment auprès des familles confrontées à des difficultés multiples. Par ailleurs, grâce à cette collaboration, l'ensemble des acteurs peut participer à la réflexion préalable, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des actions du PSME. Enfin, le travail en réseau doit faciliter la veille sur la qualité des interventions et la mise en place des actions permettant la montée en compétences des acteurs.
- Renforcer les facteurs de protection et diminuer les facteurs de risque pour la santé des enfants à tous les niveaux d'influence. Le choix des facteurs à privilégier doit se faire en considérant les besoins des enfants et des familles ainsi que les forces et les défis de chaque public. Cependant, il faut agir sur plusieurs catégories de facteurs (protection et risque) de manière cohérente. Dans ce cadre, sont particulièrement ciblés, comme facteurs de protection :
 - le développement des compétences psychosociales (CPS) par le biais d'actions directes avec l'enfant, ainsi que par des actions visant son environnement familial et social (compétences parentales, accueil extrafamilial, etc.)
 - les actions améliorant les conditions de vie (lutter contre la suroccupation du logement, renforcer la possibilité de jouer à l'extérieur, améliorer l'accès aux bibliothèques et médiathèques, etc.).

- les actions visant à rompre l'isolement des parents et plus largement renforcer le soutien social des familles
- Lutter contre l'effet du gradient social de la santé en proposant des interventions destinées à l'ensemble des familles du territoire ciblé, mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins. Cette approche, appelé «universalisme proportionné», inclut aussi la réduction ou le retrait des barrières, liées aux interventions ou aux familles elles-mêmes, qui limitent l'accès aux interventions.
- Reconnaître et utiliser les ressources propres aux familles du territoire. Il est essentiel de souligner le fait que les familles, y compris celles défavorisées sur le plan socio-économique, possèdent elles aussi des ressources et nombre d'entre elles arrivent, malgré des conditions difficiles, à donner à leurs enfants un bon départ dans la vie.

2.2) Objectifs opérationnels

- Organiser une étude préalable des besoins et des ressources, ainsi que des attentes des familles et des professionnels, concernant la santé et le bien-être des jeunes enfants du territoire.
- A partir des priorités et opportunités identifiées par cette étude, proposer une offre de services couvrant de la période prénatale jusqu'à l'entrée en maternelle de l'enfant et visant à :
 - accompagner et soutenir les familles en renforçant les compétences parentales, en favorisant une meilleure prise en charge de leurs enfants et en facilitant l'adoption de comportements favorables à la santé ;
 - constituer un réseau de partenaires pour améliorer la collaboration entre les structures-ressources locales et faciliter les parcours des familles.
- Dessiner les outils de suivi et d'évaluation du programme
- Faciliter la participation des parents à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de l'action.

3) Actions prioritaires

Le PSME permet une meilleure visibilité des ressources et des besoins liés à la santé des jeunes enfants existant sur le territoire. Grâce à son travail en réseau, il met en œuvre :

3.1) Un plan soutenu de visites à domicile : Ces visites, auxquelles les parents adhèrent volontairement, constituent le cœur de l'action développée par le programme. Elles sont proposées systématiquement à toutes les familles du territoire cible, incluant tous les nouveaux bébés, indépendamment de leur rang dans la fratrie, à partir du dernier trimestre de la grossesse jusqu'à l'entrée de l'enfant à l'école. Elles sont assurées par des personnels formés (puéricultrices, infirmières, éducatrices jeunes enfants, psychologues, sages-femmes...) et visent le renforcement des comportements positifs pour la santé de la famille, notamment autour des soins adaptés à l'enfant, de l'affermissement des liens familiaux solides et des appuis au niveau social. Dans ce cadre :

- a. L'adhésion des parents est un préalable indispensable : le rôle central des parents dans la vie de leur enfant doit être clairement reconnu. Par ailleurs, sans minimiser l'importance des besoins identifiés par les professionnels et/ou objectivés par des enquêtes, il s'avère essentiel que les actions correspondent d'abord aux besoins exprimés par les familles.
- b. L'intervention repose sur la qualité du lien construit entre visiteuses et familles : Les intervenants ont des contacts réguliers avec les familles lors des visites qui sont programmées mais aussi lors des appels téléphoniques auxquels les parents peuvent recourir entre les visites. Les visites permettent de développer une relation empathique avec les parents ambitionnant à aider ces derniers à réfléchir sur leurs propres expériences pour prendre leurs propres décisions sur la manière dont ils souhaitent élever leurs enfants.

- c. Les visites sont réalisées en lien étroit avec les professionnels de la PMI, structure vers laquelle les familles sont orientées systématiquement par le programme.
- d. Chaque visite est structurée afin de permettre un temps d'échange avec la famille, avec une approche globale de l'ensemble du groupe familial et de ses conditions de vie. Elle inclut un apport d'informations aux parents sur la santé et le développement de leurs enfants et un temps spécifiquement dédié à l'enfant avec une intervention directe.

3.2) Des activités collectives visant à améliorer l'autonomie et le soutien social formel et informel des parents ainsi que la socialisation des jeunes enfants. Ces activités sont organisées par un acteur de santé (puéricultrice, psychologue, infirmière, éducateur de jeunes enfants, sage-femme...) autour des opportunités qui ont été identifiées sur le territoire, telles que :

- a. Des lieux d'accueil parents enfants
- b. Des activités facilitant l'accès aux soins pour l'ensemble de la famille
- c. Des activités culturelles et de loisirs (centres socio-culturels, bibliothèques, ludothèques...)
- d. Des ateliers collectifs visant à renforcer les liens parents-enfants (ateliers portage, ateliers massages...)
- e. Des activités répondant à des besoins énoncés par les parents (ateliers sociolinguistiques, ateliers de guidance parentale...)

4) Outils essentiels

4.1) Une **charte** cadrant les questions d'ordre éthique pour les acteurs, telles que la nécessité de contrôler le risque de stigmatisation, les questions en lien avec la confidentialité et les modalités de partage des informations dans le réseau professionnel, le respect de l'autonomie des familles, la connaissance et les articulations avec les procédures de protection de l'enfance...

4.2) Un « **Plan de santé familiale** », rendant visibles les objectifs et acquis pendant les visites et élaboré avec chacune des familles. La définition commune des objectifs permet de prendre en compte leurs priorités et leur point de vue sur leur propre santé et bien-être.

4.3) Un **cadre logique** reliant l'âge du bébé, les objectifs d'éducation pour la santé concernant cet âge et les supports pédagogiques disponibles. Le contenu de ce registre évoque les difficultés que les parents sont susceptibles d'affronter pendant les étapes spécifiques de la grossesse et des trois premières années de vie de leurs enfants.

4.4) Un **protocole des VAD** - abordant le rôle des visiteuses et l'organisation des visites et des contacts téléphoniques - avec un tableau indicatif de fréquence des visites selon l'âge du bébé.

4.5) Une activité de supervision ou d'intervision pour les professionnels intervenant dans le programme.

4.6) Des outils formalisés de liaison avec les services de PMI (fiches navette, etc.)

4.7) Une mutualisation des outils peut être mise en œuvre par l'ARS entre plusieurs PSME, ou avec un contrat local de santé ou un CLSM.

5) Gouvernance du PSME

Sont requis :

- Un pilotage transversal par les responsables des principales structures partenaires du programme sur la ville dont la PMI (comité de pilotage)
- Des modalités garantissant la participation des parents aux prises de décision concernant le programme ou son évaluation

5.1) Le porteur du projet :

- La coordination du programme est assurée par le porteur du projet. Il est responsable du fonctionnement courant du PSME, de la mise en œuvre de son programme de travail ainsi que de l'animation du partenariat.
- Il prépare les assemblées plénières et comités de pilotage et assure leur suivi.
- Il recherche les ressources financières nécessaires au fonctionnement du PSME.
- Il met en place des modalités d'échanges et de concertation avec les familles
- Il veille à ce que le programme recense en continu les besoins exprimés par les familles et remonte ces informations au copil.
- Il prévoit les modalités de l'évaluation et rend compte de celle-ci à l'ARS et au Conseil départemental.
- Une fois par an, il présente le bilan annuel du PSME aux familles.

5.2) Le comité de pilotage

- Le comité de pilotage rassemble les acteurs concernés dont la PMI, la ou les collectivités concernées, la pédopsychiatrie (CMP, CMPP...), l'ARS, la CAF, les structures de prévention et de soin travaillant auprès des jeunes enfants, une représentation des familles et tout autre structure concernée.
- Il valide les objectifs prioritaires du PSME, son programme de travail, les modalités du partenariat à mettre en œuvre, et le choix et la composition des différents groupes de travail
- Il suit la mise en œuvre du programme de travail du PSME et informe l'ARS et le Conseil départemental (PMI) des besoins repérés sur le territoire et des actions mises en place pour y répondre.
- Il se réunit au moins deux fois par an pour assurer ses missions.

6) Articulation avec les services de PMI

- Le programme doit être étroitement coordonné avec le service de PMI du territoire.
- Le territoire PMI (circonscription ou équivalent) concernée par le projet sera associé au fonctionnement du PSME dès sa création.
- Un représentant du service de PMI siège au copil du PSME.

7) Articulation avec les Contrats locaux de santé et Conseils locaux de santé mentale

- Lorsqu'ils existent, l'action doit être fortement coordonnée avec celles du Contrat local de santé et/ou du Conseil local de santé mentale
- Les coordonnateurs du CLSM et du CLS siègent au copil du PSME.

8) Articulation avec la politique de la ville

- L'action doit être fortement articulée avec les outils mis en place dans le cadre de la politique de la ville (Contrats de ville, ASV).
- Si un ASV est en place dans le territoire, le coordonnateur de cet atelier sera associé au fonctionnement du programme dès sa création et siègera à son comité de pilotage.

9) Intégration du PSME dans l'organisation régionale de la coordination des politiques publiques

- Les PSME s'intègrent dans l'ensemble des dispositifs de coordination des politiques publiques mis en œuvre au niveau régional, départemental et local et devront s'adapter à l'évolution de ceux-ci.
- Leur action sera portée à la connaissance de la commission régionale de coordination des politiques publiques et, sur le territoire concerné, de la commission spécialisée en santé mentale du conseil territorial de santé, ainsi que de la coordination du Programme territorial de santé mentale, PTSM.

10) Soutien de l'Agence régionale de santé Ile-de-France

- Si le déploiement des bonnes pratiques que constituent les PSME a vocation à se retrouver sur l'ensemble du territoire régional à terme, le soutien financier de l'Agence est focalisé sur les territoires ayant les besoins les plus nettement identifiés et définis comme prioritaires par l'Agence.
- Les programmes portés par des structures à but lucratif sont exclus du soutien financier de l'Agence en lien avec ce cahier de charges.
- Ne sont pas éligibles au financement en lien avec ce cahier de charges, les programmes déjà en cours avec le soutien d'autres agences de l'Etat.

- Le porteur s'engage à ce que le programme bénéficiant d'un financement de l'Agence ne fasse pas l'objet d'une exploitation à des fins commerciales.

11) Dynamique d'évaluation des dispositifs

- L'appropriation du projet du PSME par ses membres, ainsi que leurs modalités d'engagement sont évaluées tous les deux ans. Cette évaluation ne concerne pas uniquement les actions issues de la concertation en PSME, mais la dynamique de concertation collective de l'instance.
- Les actions menées font l'objet d'un bilan annuel. Celui-ci est diffusé à l'ensemble des membres du PSME et de ses partenaires, aux élus concernés, aux financeurs, aux services déconcentrés de l'Etat, aux services du conseil départemental. Ce bilan explicite notamment la réalisation du programme de travail du PSME, les actions abouties, les partenariats élaborés et les difficultés rencontrées.
- Le PSME doit prévoir par ailleurs les modalités de restitution de son activité à la population, notamment aux familles du territoire cible.
- L'agence assure un suivi sur des indicateurs annexés à la convention de financement passée avec le promoteur. Ceux-ci permettront d'évaluer :
 - o La gouvernance
 - o Le partenariat mis en œuvre
 - o L'action réalisée au regard des objectifs stratégiques fixés par le cahier des charges
 - o L'articulation avec le service de PMI, le Contrat local de santé et/ou le Conseil local de santé mentale, la politique de la ville et le Projet territorial de santé mentale.