

APPEL A PROJETS

APPEL A PROJETS Santé de l'enfant et déterminants sociaux

Février 2021



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Table des matières

PREAMBULE	2
CONTEXTE	3
Introduction.....	3
Enjeux	3
CHAMP DE L'APPEL A PROJETS	5
Priorités thématiques.....	5
Eléments de cadrage	5
Qui peut répondre à l'appel à projets ?	6
LES PROJETS ATTENDUS	7
Actions appuyant le développement des compétences psychosociales des jeunes enfants	7
Diagnostic.....	7
Pistes d'actions	8
Actions visant le renforcement du repérage précoce des anomalies de la trajectoire neuro-développementale	8
Diagnostic.....	8
Pistes d'action	10
Actions visant l'amélioration de la nutrition de la femme enceinte et de l'enfant	10
Diagnostic.....	10
Pistes d'action	11
Actions d'accompagnement vers une utilisation des écrans adaptée a l'âge de chaque enfant.....	11
Diagnostic.....	11
Pistes d'action	13
Actions contribuant au rattrapage vaccinal.....	13
Diagnostic.....	13
Pistes d'action	15
MODALITES DE REPONSE A L'AAP	15
REFERENCES	16

PREAMBULE

La santé du jeune enfant fait l'objet d'une priorité thématique dans le Plan Régional de Santé 2018-2022 (PRS 2) de l'ARS Ile-de-France, ainsi que d'une action spécifique dans le Plan Régional de Santé Environnement 2017-2021 (PRSE 3), porté par l'ARS Ile-de-France et la Préfecture de région Ile-de-France. Par ailleurs, des stratégies nationales abordent cette thématique notamment par des contractualisations, telles que dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, et de la Stratégie de prévention et de protection de l'enfance, et par des recommandations d'experts telles que celles émises par la Commission des 1000 premiers jours.

La Direction de la Santé Publique de l'ARS Ile-de-France réaffirme son engagement continu sur cette thématique, en déployant parallèlement 2 appels à projets (AAP), visant à soutenir des actions innovantes sur la prévention et la promotion de la santé du jeune enfant et de la femme enceinte :

- Un AAP portant spécifiquement sur la prévention des risques environnementaux chez la femme enceinte et le jeune enfant.
- Un AAP portant sur plusieurs autres déterminants sociaux de la santé du jeune enfant.

Ces 2 AAP sont lancés simultanément le 15 février 2021. Le dépôt des candidatures est ouvert jusqu'au 30 avril 2021.

NB : cette date limite était originellement fixée au 26 mars 2021, et a été mise à jour en raison du contexte sanitaire.

Il est possible pour un même opérateur de répondre aux 2 AAP en parallèle.

CONTEXTE

Introduction

La santé du jeune enfant fait l'objet d'une priorité thématique dans le Plan Régional de Santé 2018-2022 (PRS 2) de l'ARS Ile-de-France. Ce sujet est spécifiquement traité dans l'axe 2.6 de ce PRS 2, visant la mise en place d'un panier de services garantissant l'accès à la santé pour tous les jeunes enfants franciliens. Par ailleurs, des stratégies nationales abordent cette thématique notamment par des contractualisations, telles que dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, et de la Stratégie de prévention et de protection de l'enfance, ainsi que par des recommandations d'experts telles que celles émises par la Commission des 1000 premiers jours. Cette convergence des initiatives institutionnelles souligne l'importance actuellement accordée à ce sujet, renforcée par le constat d'une accentuation des inégalités lors des périodes de confinement de 2020.

L'ARS Ile-de-France souhaite donc encourager par le présent appel à projets des actions innovantes visant l'amélioration de la santé du jeune enfant via l'intervention sur les déterminants sociaux.

Enjeux

La santé de l'enfant est influencée par des facteurs médicaux, sociaux, familiaux, et environnementaux. Les déterminants sociaux, définis par l'OMS en 2008 comme « *les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie* »¹ jouent un rôle primordial dans la santé infantile en général. Très récemment encore, à l'occasion des confinements de 2020, de nombreux travaux ont souligné le poids des déterminants sociaux sur la santé des individus et notamment des enfants. Les inégalités sociales en santé chez les enfants sont d'autant plus intolérables qu'elles produisent des effets de long terme, sur le reste de leur vie.

Certains groupes d'enfants font face à des vulnérabilités particulières. C'est le cas par exemple des enfants présentant ou ayant présenté une pathologie périnatale sévère, notamment les près de 2700 enfants inclus dans le programme régional de Suivi des Enfants Vulnérables chaque année, qui sont plus à risque de présenter des anomalies de la trajectoire neuro-développementale.

Les enfants appartenant à un milieu social défavorisé présentent par ailleurs un moins bon état de santé que les autres enfants. Par exemple, les enfants de cadres souffrent moins de surcharge pondérale ou d'obésité que les enfants d'ouvriers. De même, les enfants de cadres sont 4 fois moins sujets aux caries que les enfants d'ouvriers². Une situation plus alarmante encore est celle des enfants vivant dans des situations de très grande précarité, tels que ceux hébergés dans des hôtels ou sans-abri, particulièrement dans les situations où la famille est allophone et/ou sans droits

¹ DREES, *Mesure des inégalités sociales, déterminants sociaux et territoriaux de santé*, in L'état de santé de la population en France, 2017.

² DREES, *La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge*, 2015 : <https://www-valid.drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-sante-des-eleves-de-grande-section-de-maternelle-en-2013-des-inegalites>

sociaux (situation irrégulière, absence d'assurance maladie) : dans le cadre de l'enquête ENFAMS par exemple, 80,9% des enfants sans-abri interrogés présentaient un retard de développement³.

Certains leviers sont déterminants dans la santé de l'enfant, et le rapport de l'IGAS de 2011 en identifie 4 principaux⁴ :

- Le **lien avec les parents**, dont l'affection et le soutien donnent un cadre au développement émotionnel de l'enfant, mais également qui assurent un bon suivi médical de l'enfant et lui transmettent les principes d'hygiène de vie essentiels.
- Le **rôle de l'école**, qui sensibilise et éduque les enfants à la santé en général, particulièrement à la nutrition (prévention des diverses formes de malnutrition) et à la santé dentaire, mais qui est également le lieu de réalisation des examens de santé sur l'intégralité d'une classe d'âge.
- La **qualité des lieux d'accueil** du jeune enfant, dont les professionnels sont des acteurs du développement émotionnel et cognitif de l'enfant, mais peuvent être aussi de précieux acteurs du dépistage, notamment des troubles du neurodéveloppement (TND).
- La **qualité de l'habitat privé**, dont la salubrité permet à l'enfant de grandir dans de bonnes conditions, mais également qui doit lui fournir un espace privilégié de développement individuel, notamment en évitant une trop grande promiscuité. En Ile-de-France, cette problématique concerne particulièrement le département de Seine-Saint-Denis, où 253 000 enfants de moins de 18 ans vivent dans un foyer comprenant moins d'une pièce par personne⁵.

L'Ile-de-France présente de fortes disparités de niveau de vie selon les territoires, qui ont des répercussions sur l'état de santé des habitants et l'accès aux structures de santé. La répartition inégale de l'offre de santé à travers le territoire francilien peut aggraver les effets de ces disparités, rendant l'accès aux soins d'autant plus complexe pour les populations défavorisées vivant en territoires peu pourvus sur le plan sanitaire. Ce constat justifie donc d'adopter une démarche d'universalisme proportionné dans le développement des actions de prévention et promotion de la santé de l'enfant, c'est-à-dire de rendre ces actions accessibles à l'ensemble de la population d'un territoire, tout en portant une attention particulière à l'inclusion des publics les plus précaires, et/ou les plus éloignés du système de santé dans ces projets.

³ Observatoire du Samusocial de Paris, *Enfants et familles sans logement*, Rapport d'enquête ENFAMS, octobre 2014 : http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_samu_social_pdf.pdf

⁴ Inspection Générale des Affaires Sociales, *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance*, mai 2011 : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000581.pdf>

⁵ ORS, *La surmortalité durant l'épidémie de Covid-19 dans les départements francilien*, in Focus santé en Ile de France, avril 2020 : <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/la-surmortalite-durant-lepidemie-de-covid-19-dans-les-departements-franciliens.html>

CHAMP DE L'APPEL A PROJETS

Priorités thématiques

Dans le but de réduire les inégalités de santé parmi les enfants franciliens, l'ARS Ile-de-France soutient depuis plusieurs années des projets portés par des promoteurs, notamment associatifs. Déployés dans des territoires confrontés à divers niveaux de précarité, ces projets semblent toutefois insuffisants pour répondre aux besoins croissants. L'ARS IDF a donc identifié certains champs prioritaires sur lesquels elle souhaite renforcer son soutien.

Le présent appel à initiatives sur la santé du jeune enfant est orienté spécifiquement sur les priorités suivantes :

- Appuyer le développement des **compétences psychosociales** de l'enfant.
- Renforcer le repérage précoce des **anomalies de la trajectoire neuro-développementale**.
- Améliorer la **nutrition** de la femme enceinte et de l'enfant.
- Accompagner les enfants vers une utilisation des **écrans** adaptée à leur âge.
- Contribuer au **rattrapage vaccinal** des jeunes enfants.

Les priorités sélectionnées ne visent pas à couvrir l'ensemble du champ de la santé de l'enfant, ni à répondre à l'intégralité des défis rencontrés actuellement dans ce domaine, mais à agir sur certains déterminants spécifiques afin de contribuer à l'amélioration de la santé des jeunes enfants. Ces priorités relèvent d'un choix basé sur les besoins identifiés par l'ARS et ses partenaires, ainsi que sur des revues de littérature.

Les attentes pour chacune de ces priorités sont détaillées dans la section suivante. Ces priorités ne sont pas hiérarchisées dans leur importance, et doivent donc être considérées en fonction de l'expertise du promoteur et des besoins identifiés sur le territoire. Les pistes d'action proposées pour chacun des priorités ne sont pas limitatives ou restrictives, mais constituent des exemples d'actions qui pourraient être proposées.

Éléments de cadrage

- Dans le cadre du présent appel à projets, l'expression « **jeune enfant** » concerne en priorité les enfants de 0 à 6 ans, particulièrement lorsqu'il s'agit d'intervention précoce. Les enfants jusqu'à 10 ans ou la fin de la scolarité en école primaire peuvent être inclus lorsque les besoins et les modalités d'actions rendent cette classe d'âge pertinente, par exemple dans le cadre d'une action en milieu scolaire.
- Cet appel à projets porte exclusivement sur des actions de **prévention et promotion de la santé (PPS)**. Les projets relevant de l'offre de soins, du champ d'action de la PMI, ou de dispositifs pris en charge par un financement de l'Assurance Maladie ne sont pas éligibles.
- Les promoteurs sont incités à s'inspirer autant que possible **d'interventions validées ou prometteuses**, ayant fait l'objet de publications en France ou à l'étranger.
- Les projets proposés doivent être envisagés sur la durée d'**un an** à compter du début du financement par l'ARS IDF.

- Afin d'assurer une répartition la plus équitable possible des fonds disponibles, le financement demandé doit être de **40.000 euros maximum par projet** sur cette période d'un an.
- Les collectivités territoriales présentant un projet devront s'engager à participer financièrement à hauteur d'un minimum de **50% du montant total** de l'action.
- De manière générale, tous les porteurs de projets sont encouragés à disposer d'un **cofinancement** pour le projet proposé dans le cadre de cet AAP.
- **La date limite du dépôt des dossiers est fixée au vendredi 30/04/2021** (voir modalités de dépôt des dossiers en fin de document).
 - *NB : cette date limite était originellement fixée au 26 mars 2021, et a été mise à jour en raison du contexte sanitaire.*
- Les dossiers déposés sont soumis à un examen d'un comité de sélection, dont la composition pourra comprendre des agents de l'ARS et éventuellement d'autres institutions partenaires.
- Le comité de sélection se réunira au cours du mois de mai et les lauréats de l'appel à projets recevront une notification de l'ARS avec le montant du financement octroyé au plus tard le 31 mai 2021. Les candidats non retenus recevront également un courrier les en informant dans les mêmes délais.
- Une convention de subvention sera établie entre l'ARS et le porteur du projet, précisant le montant de subvention accordée et les conditions de réalisation de l'action. Cette convention est annuelle et sera établie au titre de l'année 2021. **Les projets retenus devront donc démarrer au plus tard en octobre 2021.**

Qui peut répondre à l'appel à projets ?

L'appel à projets est ouvert aux professionnels de santé dans le cadre de groupements ou réseaux, aux établissements de santé et médico-sociaux, aux acteurs associatifs, aux collectivités locales.

Les propositions élaborées dans la perspective d'une coopération d'acteurs seront privilégiées, par exemple dans le cadre d'un Contrat Local de Santé/Contrat Local de Santé Mentale (CLS/CLSM).

LES PROJETS ATTENDUS

Actions appuyant le développement des compétences psychosociales des jeunes enfants

Diagnostic

Les compétences psychosociales (CPS) constituent « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne (...) et à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement »⁶. Le développement des CPS est proportionnellement lié à l'observation de comportements favorables à la santé. A l'inverse, des CPS peu développées entraînent généralement des conduites à risque⁷.

De nombreuses études sont actuellement en cours afin d'évaluer les effets réels du confinement sur le développement psychosocial des enfants. Néanmoins, des études antérieures d'enfants ayant été confronté à un épisode de confinement lié à une crise sanitaire, lors d'épidémies de SARS et de H1N1 notamment, ont démontré que des symptômes de stress post-traumatique étaient identifiés chez 30% des enfants concernés, soit 4 fois plus que les individus du même âge n'ayant pas été confrontés à cette situation⁸. Un taux de prévalence similaire du stress post-traumatique pourrait donc être attendu chez les enfants suite à la crise sanitaire du Covid-19.

Le développement des CPS étant une résultante de l'interaction de tous les environnements dans lesquels l'enfant évolue, il est essentiel d'adopter une approche concertée afin de permettre ce bon développement⁹. Cela passe notamment par la formation et la sensibilisation des intervenants auprès des enfants, ainsi que par l'appui aux familles. En effet, le bon développement des CPS du jeune enfant passe également par le soutien des CPS de ses parents, qui représentent un facteur protecteur pour l'enfant.

En ce sens, un programme de promotion du bien-être psychique du jeune enfant de 0 à 3 ans a été mis en place dans 2 quartiers prioritaires d'Aubervilliers, dans le cadre de l'Atelier Santé Ville¹⁰. Le projet adopte une approche de santé communautaire, avec un ciblage territorial visant les familles résidant dans les zones prioritaires. Il est essentiellement basé sur des visites à domicile, menées par une infirmière et/ou une psychologue, des accueils parents-enfants et des activités collectives, et des actions de formation et d'échange inter partenarial pour les professionnels du quartier. Suite au succès du programme développé à Aubervilliers, un cahier des charges sur la

⁶ Organisation Mondiale de la Santé, *Life skills education for children and adolescents in schools*, 1993.

⁷ Luis E., Lamboy B., *Les compétences psychosociales : définition et état des connaissances*, Dossier « Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes », La santé en action, mars 2015 : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-mars-2015-n-431-developper-les-competences-psychosociales-chez-les-enfants-et-les-jeunes>

⁸ Sprang G. Silman M., *Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters*, 2013 : https://www.researchgate.net/profile/Ginny_Sprang/publication/259432942_Posttraumatic_Stress_Disorder_in_Parents_and_Youth_After_Health-Related_Disasters/links/5e81f724458515efa0ba0a5d/Posttraumatic-Stress-Disorder-in-Parents-and-Youth-After-Health-Related-Disasters.pdf

⁹ Santé Publique France, Dossier *Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes*, La Santé en action, mars 2015 : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-mars-2015-n-431-developper-les-competences-psychosociales-chez-les-enfants-et-les-jeunes>

¹⁰ Plateforme Nationale de Ressources ASV, *Atelier Santé Ville d'Aubervilliers* : https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/asv_aubervilliers_perinatalite.pdf

promotion de la santé mentale et du bien-être du jeune enfant a été élaboré, et est porté par l'ARS IDF depuis novembre 2019¹¹. Il a pour objectif d'inciter à la mise en place de programmes de promotion de la santé mentale et du bien-être du jeune enfant (0-3 ans) dans tous les départements franciliens, dans un cadre multi-partenarial. Concernant les enfants de plus de 3 ans, Promosanté Ile-de-France propose une sélection de ressources à destination de promoteurs de projets souhaitant mettre en place un projet de développement des CPS auprès des enfants et jeunes adolescents (de 3 à 15 ans), comprenant des repères théoriques, politiques et pratiques¹².

Pistes d'actions

- Programmes de **promotion de la santé mentale et du bien-être du jeune enfant (0-3 ans)**, conformes au **cahier des charges sur la promotion de la santé mentale et du bien-être de l'enfant** (<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-11/AAP-sante-mentale-petite-enfance-Cahier-des-charges.pdf>) établi par l'ARS IDF, **combinant le renforcement de visites à domicile et des activités collectives**. Ces visites sont systématiquement proposées aux familles vivant dans des territoires identifiés comme vulnérables. L'adhésion des parents doit être garantie, et le lien entre visiteuses et familles doit être empathique et de qualité. Ces visites sont réalisées en lien avec la PMI, et permettent des échanges basés sur une approche globale du groupe familial. En complément, les activités collectives apportent un soutien social (formel et informel) aux parents, et favorisant l'autonomie et la socialisation des jeunes enfants. Ces deux types d'action (VAD et activités collectives) sont assurés par un réseau d'acteurs qui travaille par ailleurs à améliorer la collaboration entre les structures-ressources locales et faciliter les parcours des familles.
- Programmes de renforcement des CPS par des **actions collectives en milieu scolaire** (école maternelle) et **périscolaire** (ex : centre de loisirs). Il peut s'agir notamment d'ateliers, réalisés à une fréquence régulière, comportant des séances participatives qui reposent sur des échanges, des mises en situation, des jeux de rôles et/ou des exercices pratiques à l'aide d'outils ludiques et de techniques d'animation individuelles et collectives. La durée des actions jugées efficaces est d'environ 10 heures sur une année. Une des conditions de réussite de ces actions est la formation préalable des professionnels aux CPS.

Actions visant le renforcement du repérage précoce des anomalies de la trajectoire neuro-développementale

Diagnostic

Le développement d'un enfant est influencé par de nombreux facteurs biologiques, liés aux caractéristiques individuelles, mais également liés à son environnement¹³. Plusieurs approches complémentaires des troubles du développement du jeune enfant sont possibles : par les enfants présentant ou à risque de troubles du neurodéveloppement (troubles du spectre autistique (TSA), troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA)...), ce qui interroge l'organisation des soins (repérage, diagnostic, prise en charge, formation des acteurs) ; par les enfants exposés

¹¹ ARS Ile-de-France, *Cahier des charges – Programmes de promotion de la santé mentale et du bien-être du jeune enfant (0 - 3 ans)*, 2019-2022 : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-11/AAP-sante-mentale-petite-enfance-Cahier-des-charges.pdf>

¹² Promosanté, *Les compétences psychosociales des enfants et jeunes ados* : <https://www.promosante-idf.fr/dossier/cps>

¹³ Darbada S. et al., *Adaptive Behavior of Sheltered Homeless Children in the French ENFAMS Survey*, AJPH, avril 2018.

à des facteurs extrinsèques, par exemple des enfants en situation de précarité et de vulnérabilité pouvant altérer leur développement, ce qui interroge l'intervention sur les déterminants sociaux.

Concernant les troubles du neurodéveloppement, l'orientation vers un spécialiste dès la suspicion ou l'identification d'un trouble permet un suivi individualisé et coordonné, apportant des résultats d'autant plus positifs que le suivi est commencé tôt. La prise en charge précoce des troubles du neurodéveloppement est désormais facilitée par la mise en place des Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO), instaurées par la Stratégie nationale pour l'autisme au sein des TND¹⁴. Par ailleurs, le repérage des TND, notamment des TSLA pourrait être amélioré par le renforcement de la formation initiale et continue des acteurs de premier recours, et des intervenants auprès de ces jeunes enfants, en particulier les services de PMI et de promotion de la santé des élèves (acteurs de niveau 1). Dans le cadre des missions de la PMI enfin, le repérage précoce de ces troubles peut également être facilité par une réalisation plus exhaustive des bilans de santé en école maternelle à 3-4 ans (BSEM), afin de couvrir l'intégralité d'une classe d'âge.

Certaines populations présentent davantage de risques de développer des troubles neurodéveloppementaux, notamment les grands prématurés et les nouveau-nés affectés par une pathologie périnatale pouvant altérer leur développement. Pour ces enfants, un suivi est mis en place de leur sortie de néonatalogie jusqu'à leur 7 ans, dans le cadre du programme régional de « Suivi des Enfants Vulnérables » (SEV) porté par les réseaux de santé en périnatalité, sur l'ensemble du territoire francilien¹⁵. Au total, ce programme a inclus depuis sa création plus de 23 000 enfants en Ile-de-France¹⁶. Ce programme pourrait être renforcé par la mise en place de nouvelles organisations permettant une meilleure prise en charge de ces enfants dans les zones de tension démographique des professionnels médicaux, ainsi que par l'intensification des liens entre les parents des enfants inclus dans le programme SEV.

Les troubles du développement peuvent également résulter de facteurs externes, tels que le fait de grandir dans un environnement précaire ou dangereux, ou dans un contexte familial peu stimulant (dépression maternelle par exemple). Dans ces cas, une intervention précoce peut entraîner une réversibilité des troubles, relevant souvent du retard de développement, dont les effets sur la vie de l'enfant peuvent être limités.

En ce sens, les enfants sans-abri font face à des facteurs spécifiques et aggravés de risques développementaux. Notamment, la situation de précarité de leur mère peut être responsable de complications de la grossesse, potentiellement aggravées par un accès limité aux soins adaptés. Cela peut avoir des conséquences sur le développement in utero du fœtus, et donc sur le développement de l'enfant par la suite. Par ailleurs, les enfants sans-abri sont plus susceptibles de faire face à une faible sécurité alimentaire que la population générale, dans les cas où ils ne bénéficient pas d'un accès régulier à une nourriture de qualité. L'instabilité résidentielle amenant ces enfants à naviguer entre des lieux d'hébergement peut également entraver leur bon développement. L'enquête ENFAMS par exemple démontre que 80,9% des enfants sans-abri interrogés présentent un retard de développement¹⁷.

¹⁴ Secrétariat d'Etat auprès du Premier ministre chargé des personnes handicapées, *Intervenir précocement auprès des enfants* : <https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/agir-pour-l-autisme-au-sein-des-troubles-du-neuro-developpement/la-strategie-nationale/article/engagement-2-intervenir-precocement-aupres-des-enfants>

¹⁵ RPSOF, RSPP, NEF, RPVM, RPVO, MYPA-SUNNY.

¹⁶ Données système HYGIE, février 2021.

¹⁷ Observatoire du Samusocial de Paris, *Enfants et familles sans logement*, Rapport d'enquête ENFAMS, octobre 2014 : http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_samu_social_pdf.pdf

Pistes d'action

- Renforcement de la **formation des acteurs de niveau 1** (médecins généralistes, puéricultrices, éducatrices, etc.) au repérage des troubles du neurodéveloppement ainsi qu'à une organisation pertinente du parcours de dépistage et de suivi (du niveau 1 au centre de référence) afin d'éviter l'embolisation du niveau 3 et les contournements du parcours standard.
- Soutien à des actions de prévention des troubles développementaux à destination des **enfants vivant en situation précaire** (à la rue, en hôtel social, dans des camps ou bidonvilles, etc.), notamment en facilitant leur venue (avec leurs parents) au sein de lieux d'accueil « parents-enfants » proposant des activités renforçant le lien parents-enfant, des activités de stimulation motrice à destination des enfants, des espaces de repos temporaires pour les parents, etc. Ces actions participent de la prévention très précoces des troubles développementaux.
- Intensification du repérage précoce de la **dépression maternelle** post-partum et son orientation vers une prise en charge adaptée

Actions visant l'amélioration de la nutrition de la femme enceinte et de l'enfant

Diagnostic

Une alimentation déséquilibrée se manifeste sous la forme de suralimentation, sous-alimentation, et/ou alimentation inadaptée, et peut participer du développement de certains cancers, de maladies cardiovasculaires, de l'obésité, de troubles métaboliques tels que le diabète de type 2, etc. De plus, pendant la grossesse, les troubles nutritionnels de la mère peuvent affecter la santé de son futur enfant, et avoir des conséquences de long terme. Les habitudes alimentaires de la femme enceinte peuvent en effet générer un surpoids ou une obésité chez l'enfant à naître. La nutrition des 2 premières années de vie particulièrement a des conséquences de long terme sur la vie de l'enfant, pouvant durer jusqu'à l'âge adulte. En ce sens, des chercheurs de l'Inserm et de l'Equipe de Recherche en Epidémiologie Nutritionnelle (EREN) ont montré les effets bénéfiques de l'allaitement, en étudiant les apports nutritionnels de la naissance aux 2 ans¹⁸, à partir des données de la cohorte ELANCE. Les chercheurs s'accordent sur le bénéfice de l'allaitement maternel, réduisant le risque d'obésité future.

Concernant les enfants franciliens, les données récentes font état d'une stabilisation relative de la prévalence de l'obésité et du surpoids, mais démontrent également un accroissement du degré d'obésité moyen, ainsi que des inégalités sociales et territoriales dans sa prévalence¹⁹. La prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants suit en effet les mêmes lignes territoriales que celle de la précarité.

La question de la nutrition ne se limite toutefois pas à l'alimentation : il est en effet nécessaire d'aborder cette thématique conjointement avec celle de la lutte contre la sédentarité et de l'activité physique. Les composantes « manger mieux » et « bouger plus » du Plan National Nutrition Santé

¹⁸ Inserm, *Lait maternel et alimentation jusqu'à 2 ans: un moyen de prévenir le risque d'obésité de l'enfant*, mars 2014 : <https://presse.inserm.fr/lait-maternel-et-alimentation-jusqua-2-ans-un-moyen-de-prevenir-le-risque-dobesite-de-lenfant/11962/>

¹⁹ Données REPOP 2019.

(PNNS)²⁰ sont indissociables, et sont adaptables à chaque type de public visé. Par ailleurs, il est essentiel d'inclure les parents et les enfants conjointement dans les programmes de lutte contre l'obésité, afin d'encourager une adhésion familiale globale aux recommandations nutritionnelles.

Une bonne nutrition est particulièrement difficile à assurer pour les enfants grandissant au sein d'une famille sans domicile, telles que celles étudiées par l'enquête ENFAMS en 2013. En effet, plus d'un tiers des enfants sans domicile inclus dans cette enquête présentent une anémie en raison de leur alimentation, ce qui peut entraîner diverses conséquences sur leur santé telles que le ralentissement de la croissance ou l'amoindrissement des capacités de travail scolaire²¹. En ce sens, Le projet PREVALIM vise à permettre aux bénéficiaires de l'aide alimentaire en épicerie sociale ou structures d'accueil de mieux manger, en analysant les écarts entre les paniers moyens proposés par l'aide alimentaire et les paniers idéaux, puis en accompagnant les épicerie solidaires dans l'amélioration de leurs pratiques.

Pistes d'action

- Soutien d'actions de **promotion de l'allaitement maternel**, visant notamment des publics vivant en situation de précarité, afin de soutenir une nutrition infantile de qualité dès les premiers mois de vie.
- Soutien de programmes de promotion de la santé alliant **éducation à la nutrition et activité physique/lutte contre la sédentarité** auprès des enfants et de leurs familles, notamment visant de très jeunes enfants (avant le rebond d'adiposité), pour intervenir avant l'installation du surpoids.
- Soutien aux actions innovantes de **prise en charge précoce** des jeunes enfants en surpoids ou obèses, incluant une sensibilisation des parents et des familles aux recommandations nutritionnelles actuelles.
- Coopération avec les distributeurs de l'aide alimentaire pour augmenter la **qualité nutritionnelle des paniers** proposés durant les distributions, par exemple en soutenant l'amélioration des paniers spécifiquement dédiés aux besoins des jeunes enfants.
- Soutien de **programmes de sensibilisation et d'éducation** à la nutrition organisés durant les distributions alimentaires, particulièrement concernant la nutrition des femmes enceintes et des jeunes enfants, en prenant en compte les ressources matérielles basiques mises à disposition de ces publics hébergés en hôtels sociaux pour cuisiner.

Actions d'accompagnement vers une utilisation des écrans adaptée à l'âge de chaque enfant

Diagnostic

Les écrans sont des dispositifs attractifs, qui captent l'attention involontaire des individus de tous les âges. Le temps passé devant des écrans augmente constamment, du fait de leur multiplicité croissante (TV, tablette, téléphone, ordinateur, etc.) et de leur mobilité²². De plus ces dispositifs jouent aujourd'hui un rôle essentiel, notamment dans certains contextes exceptionnels. Par exemple, lors des confinements liés à la crise sanitaire du Covid-19, une utilisation encadrée des

²⁰ Plan National Nutrition Santé :

https://www.mangerbouger.fr/content/download/45992/880015/version/2/file/pnns_2019_2023.pdf

²¹ Observatoire du Samusocial de Paris, *Enfants et familles sans logement*, Rapport d'enquête ENFAMS, octobre 2014 : http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_samu_social_pdf.pdf

²² LEFEBVRE A. (Psychologue), présentation pour l'Association pour l'Education à la Réduction du Temps Ecran (ALERTE)

écrans par les enfants s'est avérée précieuse pour maintenir un lien social avec les proches à distance, et pour assurer au mieux la continuité pédagogique. Néanmoins, les effets des écrans sur la santé, notamment celle des jeunes enfants, font l'objet de recherche depuis quelques années, et les recommandations de l'OMS suggèrent déjà d'éviter complètement l'utilisation d'écran avant 1 an, et proposent une utilisation la plus limitée possible, avec un maximum d'1h par jour entre 1 et 4 ans²³. La question de l'utilisation des écrans chez les jeunes enfants permet alors d'aborder certaines compétences psychosociales parentales, et de proposer des actions incluant pleinement les parents et l'unité familiale dans la réflexion sur l'exposition aux écrans.

Chez les très jeunes enfants (0-3 ans), une exposition aux écrans peut engendrer des effets notoires sur la santé, tels que l'agitation, une augmentation du comportement passif, et des troubles de la concentration²⁴. Le sommeil de l'enfant peut aussi être affecté, car la lumière bleue émise par les écrans tend à dérégler l'horloge interne, et donc à décaler les rythmes de sommeil. En ce sens, la présence d'un écran dans la chambre diminue de 45 minutes par nuit en moyenne le temps de sommeil des jeunes enfants²⁵.

Chez les enfants les plus exposés, on peut observer également un ralentissement de l'apprentissage du langage, car la réception d'informations via les écrans n'encourage pas l'interaction, pourtant essentielle au développement des compétences langagières. Une étude canadienne de 2013 a prouvé que les enfants passant le plus de temps devant la télévision démontraient une plus faible connaissance langagière et numéraire que leurs pairs moins exposés aux écrans, et présentaient des compétences cognitives généralement moins développées²⁶. Une étude française de 2019 a par ailleurs démontré un lien significatif entre l'exposition aux écrans et la prévalence de troubles du langage chez les jeunes enfants de moins de 6 ans et demi, notamment lorsque cette exposition a lieu le matin avant l'école²⁷.

Durant le premier confinement du printemps 2020, une étude suisse a démontré que 60% des enfants de 12 à 30 mois utilisaient quotidiennement au moins un écran, dont la moitié passait plus d'une heure devant les écrans quotidiennement²⁸, contre 38% avant le confinement. Cette enquête n'identifie néanmoins pas de différence dans le développement du langage de ces enfants en comparaison de ceux n'ayant pas été exposés aux écrans lors de cette période. Le co-visionnage parent-enfant, concernant 90 à 95% des situations dans lesquelles les jeunes enfants ont été exposés aux écrans lors du confinement, est même présenté comme favorable au développement du langage de l'enfant²⁹. L'encadrement parental est alors souligné comme facteur essentiel dans la bonne utilisation des écrans par les enfants.

²³ OMS, *Communiqué de presse - Le message de l'OMS au jeune enfant*, avril 2019 : <https://www.who.int/fr/news-room/detail/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>

²⁴ Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), *L'exposition aux écrans*, 2018 : <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/l'exposition-aux-ecrans>

²⁵ ORS, *Le sommeil des jeunes franciliens à l'heure du numérique*, janvier 2020 : <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/le-sommeil-des-jeunes-franciliens-a-lere-du-numerique.html>

²⁶ Pagani, L., Fitzpatrick, C., Barnett, T. *Early childhood television viewing and kindergarten entry readiness*, *Pediatric Research*, 2013: <https://www.nature.com/articles/pr2013105#Sec2>

²⁷ Collet M. et al, *L'exposition aux écrans chez les jeunes enfants est-elle à l'origine de l'apparition de troubles primaires du langage ? Une étude cas-témoins en Ille-et-Vilaine*, BEH n°1 2020 : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/1/2020_1_1.html

²⁸ Haute Ecole de travail social et de la santé de Lausanne, *Ecrans et confinement chez les enfants de 12 à 30 mois*, avril-mai 2020 : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjfnbilsdruAhV-RBUIHfJzCpYQFjAAeqQIARAC&url=https%3A%2F%2Fwww.hetsl.ch%2Ffileadmin%2Fuser_upload%2Factualites%2Farticles%2FDoc_ResultatsEnquete_COVID.pdf&usq=AOvVaw3uF47m1-r2f5wENsVdmPWK

²⁹ Idem

L'exposition fréquente ou soutenue aux écrans contribue également à la sédentarité des enfants, en diminuant de fait le temps dédié aux activités physiques et sportives, et en augmentant la tendance au grignotage. La conjonction de ces facteurs peut donc participer d'une prise de poids chez l'enfant, et augmente les risques de surpoids et d'obésité³⁰. Enfin, le psychisme de l'enfant peut être affecté par une trop grande exposition aux écrans. Les contenus auxquels les écrans donnent accès ne sont pas toujours adaptés à son âge, et le visionnage de programmes contenant notamment de la violence a tendance à faciliter le développement de troubles anxieux chez les enfants concernés. Une durée quotidienne élevée passée devant la télévision est par ailleurs associée à une estime de soi plus faible que la moyenne, avec une tendance très forte au-delà de 4 heures d'utilisation par jour³¹.

Si les écrans sont aujourd'hui omniprésents, et représentent un vecteur d'information et de divertissement essentiel, leur utilisation doit donc être adaptée à l'âge de l'enfant, en limitant au maximum l'exposition des plus jeunes et en encadrant fortement l'usage fait par leurs aînés. Dans la majorité des cas, les effets d'un usage abusif des écrans ne sont pas irréversibles, et s'atténuent lorsqu'un cadre est fixé afin de réguler l'utilisation qui en est faite par l'enfant³².

En ce sens, des organismes ont élaboré des recommandations afin d'inciter les parents à réguler l'exposition aux écrans de leurs enfants. L'association « 3-6-9-12 » par exemple, encourage une utilisation des écrans selon la classe d'âge de l'enfant, à travers des recommandations élaborées par le psychiatre Serge Tisseron. Cette association propose la diffusion de ces principes via des conférences et formations, des interventions dans les classes à destination des élèves et des enseignants, ainsi qu'un accompagnement autour de la mise en place d'actions innovantes pour une meilleure utilisation des écrans.

Pistes d'action

- Soutien à des actions de sensibilisation sur les dangers l'exposition inadaptée et/ou la surexposition aux écrans auprès des professionnels et usagers de **lieux accueillant des jeunes enfants**.
- Renforcement de programmes de sensibilisation sur les dangers liés à une exposition inadaptée aux écrans, pouvant notamment prendre la forme de défis collectifs d'un encadrement du temps d'écran à la maison, organisés par exemple en **milieu scolaire**. Ces actions n'ont pas vocation à aller à l'encontre de l'utilisation pédagogique encadrée des écrans, mais participeraient de la sensibilisation des enfants à une utilisation adaptée des écrans hors du temps scolaire.

Actions contribuant au rattrapage vaccinal

Diagnostic

Les vaccinations infantiles représentant une thématique essentielle dans la prévention et la promotion de la santé de l'enfant. En ce sens, la mise en place de l'obligation vaccinale en 2018 vise à améliorer significativement la couverture vaccinale notamment chez les très jeunes enfants,

³⁰ MILDECA, idem.

³¹ Public Health England, *How healthy behavior supports children's wellbeing*, août 2010 : <https://www.gov.uk/government/publications/how-healthy-behaviour-supports-childrens-wellbeing>

³² Campagne d'information « Le bon usage des écrans », *Vos jeunes enfants face aux écrans* : <https://lebonusageidesecrans.fr/les-ecrans-et-votre-entourage/jeunes-enfants-ecrans/>

et son caractère obligatoire limite donc la nécessité d'envisager des actions de PPS sur cette thématique tant que les effets de cette obligation ne sont pas entièrement connus.

Les premières données publiées suite à l'extension de la vaccination obligatoire montrent une amélioration de la couverture vaccinale chez les enfants franciliens concernant le pneumocoque (99,5% des enfants en 2018 contre 98,3% en 2017), les valences des vaccins hexavalents³³(98,7% en 2018 contre 94,8% en 2017), et le méningocoque C (78,2% en 2018 contre 46,3% en 2017)³⁴.

La mise en place de l'obligation vaccinale s'est faite dans un contexte de couverture vaccinale Rougeole Oreillons Rubéole largement insuffisante, comme l'illustrent les 2913 cas de rougeole identifiés en 2018, incluant 3 décès³⁵. Néanmoins, bien que les chiffres exacts ne soient pas encore publiés, la mise en place de l'obligation vaccinale en 2018 permettra de parer à ces insuffisances dès que les enfants auront atteints l'âge de cette vaccination, à travers un dispositif fonctionnel concernant tous les enfants.

Par ailleurs, en 2017, la couverture vaccinale du BCG chez les enfants de 2 ans était inférieure aux 3 années précédentes. Cette baisse du taux de vaccination s'explique par les différentes tensions et pénuries d'approvisionnement de vaccin BCG qui ont eu lieu successivement depuis 2016, et qui ont conduit à limiter l'accès au vaccin BCG pour les services de PMI, les Centres de lutte contre la tuberculose, les maternités, et les centres de vaccination. Cette raréfaction du vaccin BCG a également entraîné l'arrêt de la vaccination par les médecins de ville (vaccin non disponible en pharmacie d'officine) et la mise en place d'indications vaccinales restreintes notamment en Ile-de-France pendant la période de pénurie. Il est désormais recommandé de vacciner en première intention les enfants de moins de 5 ans exposés à des sur-risques de contamination³⁶. L'amélioration du dispositif de vaccination des jeunes enfants est travaillée avec les services de PMI et les structures publiques qui peuvent bénéficier du vaccin BCG (CLAT, centres de vaccination).

Néanmoins, lors du premier confinement lié à la crise sanitaire du Covid-19, une forte diminution de la délivrance et de l'utilisation de produits nécessitant une administration par un professionnel de santé a été observée. Cela concerne notamment les vaccins : on note en effet une très forte baisse des vaccinations des enfants entre les semaines 10 et 20 (du 2 mars au 17 mai 2020), notamment concernant les vaccins penta/hexavalents pour nourrissons, et le ROR. Sur les 8 semaines de confinement, environ 44 000 nourrissons n'ont pas eu accès aux vaccins hexa/pentavalents des 3 à 18 mois, et 123 000 personnes n'ont pas eu accès à une vaccination ROR³⁷. La Haute Autorité de Santé a appelé dès le mois de juin 2020 à la reprise des vaccinations, et au rattrapage vaccinal si besoin³⁸. Un certain rattrapage a été observé entre le premier et le second confinement de 2020, et bien que les modalités moins strictes de ce dernier ont limité le retard vaccinal, la délivrance des vaccins penta et hexavalents pour nourrissons ainsi que des vaccins ROR a chuté à nouveau durant le second confinement de l'automne 2020 (étude Epi-Phare

³³ Diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, hépatite B et infections à Haemophilus influenzae.

³⁴ Santé Publique France, *BSP Ile-de-France – Vaccination*, avril 2019

³⁵ Santé Publique France, *idem*.

³⁶ Haut Conseil de la santé publique (HCSP), Actualisation de l'avis du 22 mai 2015 relatif à l'optimisation de l'utilisation du vaccin BCG en situation de pénurie, avril 2016.

³⁷ GIS ANSM – CNAM, *Etude Epi-Phare, Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation après les 8 semaines de confinement et une semaine de post-confinement*, juin 2020 : <https://www.epi-phare.fr/rapports-etudes-et-publications/covid-19-usage-des-medicaments-de-ville-en-france-3/>

³⁸ Haute Autorité de Santé, *COVID-19 : la HAS appelle à reprendre d'urgence les vaccinations, en priorité chez les nourrissons et les personnes fragiles*, juin 2020 : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3189882/fr/covid-19-la-has-appelle-a-reprendre-d-urgence-les-vaccinations-en-priorite-chez-les-nourrissons-et-les-personnes-fragiles

jusqu'au 22 novembre, soit la première moitié du second confinement)³⁹. L'ARS IDF souhaite alors soutenir des projets visant à rattraper ce retard vaccinal, et à anticiper le renoncement aux vaccins des jeunes enfants lors d'épisodes épidémiques/pandémiques tels que la crise sanitaire liée au Covid-19.

Pistes d'action

- Développement d'outils de sensibilisation à la nécessité d'opérer à un **rattrapage vaccinal** pour enfants faisant l'objet d'un retard vaccinal en général, et plus spécifiquement suite à la crise du Covid-19, à destination des familles et des professionnels de santé.
- Soutien à des actions de sensibilisation sur la nécessité de suivre/promouvoir le suivi du calendrier vaccinal auprès des professionnels et usagers de **lieux accueillant des jeunes enfants**.

MODALITES DE REPONSE A L'AAP

Les dossiers de candidature, ainsi que toutes leurs pièces jointes, sont à déposer **en ligne exclusivement** sur le site « Démarches simplifiées » : <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/appel-a-projets-sante-du-jeune-enfant-et-determinants-sociaux>

Les dossiers déposés sous une autre forme ne seront pas instruits.

Pour tout renseignement, merci de nous contacter à l'adresse suivante : juliette.davodeau@ars.sante.fr

³⁹ GIS ANSM – CNAM, *Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 22 novembre 2020*, décembre 2020 : <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Usage-des-medicaments-de-ville-en-France-durant-l-epidemie-de-Covid-19-point-de-situation-jusqu-au-22-novembre-2020-Point-d-information>

REFERENCES

- Guide de l'intervention en prévention et promotion de la santé, publié sur le site de l'Agence Régionale de Santé Ile de France : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/guide-dintervention-en-prevention-et-promotion-de-la-sante-lintention-des-partenaires>
- Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance*, mai 2011 : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000581.pdf>
- Rapport d'enquête ENFAMS de l'Observatoire du Samusocial de Paris, *Enfants et familles sans logement*, octobre 2014 : http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_samu_social_pdf.pdf
- Enquête nationale de la DREES, *La santé des enfants de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale*, fév. 2017 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-sante-des-eleves-de-cm2-en-2015-un-bilan-contraste-selon-l-origine-sociale>
- Enquête nationale de la DREES, *La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge*, juin 2015 : <https://www-valid.drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-sante-des-eleves-de-grande-section-de-maternelle-en-2013-des-inegalites>
- Avis du haut Conseil de Santé Publique (HCSP) relatif à Gestion de l'épidémie COVID-19 et inégalités sociales de santé des enfants, leçons pour le futur, 18 juin 2020 : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=896>

