



**ACEPP** (Association des Collectifs Enfants Parents Professionnels), **ANAPSY-pe** (Association Nationale des Psychologues pour la Petite Enfance), **ANPDE** (Association Nationale des Puéricultrices Diplômées et des Etudiantes), **ANSFT** (Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales), **ATD Quart Monde**, **Fédération CFDT-Interco**, **Fédération CGT des services publics**, **CSF** (Confédération Syndicale des Familles), **FNEJE** (Fédération Nationale des Educateurs de Jeunes Enfants), **SNMPMI** (Syndicat National des Médecins de PMI), **SNUCLIAS-FSU**, **SUD collectivités territoriales**, **UFNAFAAM** (Union Fédérative Nationale des Associations de Familles d'Accueil et Assistantes Maternelles), **UNIOPSS** (Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux)

**Contribution sur le rôle des services et équipes de PMI  
dans le domaine de la protection de l'enfance en période périnatale  
*Document complémentaire à celui daté du 1er juillet 2015*  
(réunion du 16 octobre 2015 avec la DGCS)**

**I- Articulations avec le PRADO**

Les équipes de PMI rencontrent des difficultés du point de vue de la prévention et de la protection de l'enfance avec la mise en place du programme PRADO de la CPAM : lorsque les agents de la CPAM passent dans les chambres pour proposer ce service, si la patiente dit avoir déjà une sage-femme en suivi à domicile, ces derniers disent encore que ce n'est pas la peine de nous revoir puisque nous ne faisons pas la même chose. Lorsque la PMI suit des patientes en difficulté psycho-sociale, c'est évidemment très compliqué d'être de nouveau reçu en postnatal par ces familles.

Les difficultés se poursuivent avec les sages-femmes libérales : elles se situent dans l'ensemble comme fournissant une prestation de "suite de couches hospitalière à domicile". Dans encore beaucoup de départements, elles ne font pas le relais avec la PMI soit par méconnaissance de notre service, soit parce que rien n'est prévu par le protocole du PRADO pour former, sensibiliser les SF libérales au travail de prévention et de protection de l'enfance des différents professionnels des équipes de PMI. Cela entraîne un retard ou un défaut de prise en charge des familles en raison du délai actuel pour avoir un rendez-vous avec un médecin, une puéricultrice par manque de moyens.

**Préconisation** : mettre en place un partenariat systématique entre CPAM et services de PMI pour prévoir chaque fois que nécessaire une liaison de la part des sages-femmes réalisant le PRADO avec les autres acteurs du suivi pré et post natal de PMI. Ceci pourrait passer par des protocoles déclinés par départements sous la forme de conventions Conseil départemental (PMI) - CPAM - services de psychiatrie adulte.

**II- Réseaux avec les hôpitaux**

Malgré les staffs ou réunions médico-psycho-sociales organisées au sein des maternités, où les situations de protection de l'enfance sont discutées afin de préparer au mieux l'arrivée des bébés, beaucoup de femmes sortent sans qu'aucun lien ne soit fait avec la PMI.

La première cause concerne le travail à flux tendu des collègues hospitaliers dont les tâches sont restreintes au médical avec augmentation des sorties précoces. De plus, l'arrivée du PRADO a entraîné une confusion et pris la place des intervenants de PMI dans l'esprit des hospitaliers au lieu de s'y articuler. Les staffs anténataux doivent offrir un véritable cadre de travail partenarial permettant de lever ces confusions et de consolider les liens avec les acteurs de la prévention périnatale, en premier lieu la PMI.

Pourtant des exemples montrent qu'il est possible d'aller dans ce sens (voir Paris).  
De plus, on recense très peu de liens avec les maternités du privé.

Un problème intrinsèque est lié aussi à l'organisation des réseaux. Les méga-réseaux regroupant plusieurs départements ont très souvent cassé les réseaux de proximité centrés autour d'une seule maternité et qui facilitaient les liens de terrain. Exemple du réseau NEF (Naître dans l'Est Francilien) et de l'hôpital Delafontaine de Saint Denis. Cela s'est traduit par l'arrêt de financement par l'ARS du réseau de proximité qui permettait d'organiser des réunions sur des thèmes comme "prévention du saturnisme", "diabète gestationnel", et où venaient et intervenaient tous les professionnels des villes concernées dont les SF libérales, les médecins de ville et des centres municipaux de santé, les différents professionnels de PMI et les services de pédiatrie et de la maternité de l'hôpital.

Les gros réseaux ne permettent plus d'identifier d'autres professionnels pouvant aider nos patientes, alors que les réseaux de proximité offraient un cadre propice à l'instauration de relations fonctionnelles entre intervenants de terrain, à la recherche d'orientations adaptées aux difficultés des patientes. Les réunions des méga-réseaux se passent souvent en dehors des normes habituelles d'horaires de travail, sur des thèmes larges, et ne permettent pas de créer des liens concrets avec les partenaires de terrain. Les chefs de service des maternités adhèrent à ces réseaux qui leur permettent d'obtenir des financements, mais cela se fait au détriment du travail de terrain. Or l'hôpital est le moins armé pour les situations de protection de l'enfance qui nécessitent une réciprocité, des relations, des liens. Mais il n'en fait pas sa priorité.

**Préconisation** : rétablir les subventions aux réseaux de proximité et accorder une priorité à la mise en place de protocoles locaux de coopération entre maternités et intervenants de terrain comme la PMI, concernant les situations relevant ou pouvant relever de la protection de l'enfance ; articuler les grands réseaux avec des réseaux de proximité autour de chaque établissement de naissance ; mieux former les professionnels de santé de la maternité (et pas seulement les assistants sociaux), ainsi que les libéraux, aux enjeux de la prévention et de la protection de l'enfance.

### **III- Protection de l'enfance en période périnatale au sein des services de PMI**

C'est une préoccupation et une mission inhérentes à notre quotidien. Sujet toujours présent en pré et postnatal, en péri-conceptionnel, en contraception. Les professionnels de PMI sont formés par leur service à la protection de l'enfance, et leur fiche de poste en tient compte. Ce lien entre soins, prévention et protection est implicite en PMI.

L'attente puis l'arrivée d'un enfant peut fragiliser toute famille, cela remanie le psychisme des femmes durant la grossesse. On ne sait jamais à l'avance si on est sur le terrain de la protection de l'enfance en passant par la prévention, même si dans certaines situations on se situe d'emblée dans le cadre de la protection de l'enfance.

Certaines difficultés sont liées aux autres partenaires non suffisamment formés aux dimensions de prévention précoce, puisque la plupart des informations préoccupantes sur de tous jeunes enfants, reçues par les puéricultrices dans les centres, concernent des familles non connues de la PMI.

Tous les professionnels devraient être sensibilisés à ces questions, les urgences hospitalières (exemple de vomissements incoercibles de grossesse finalement liés à des violences familiales),

comme le circuit libéral y compris en périnatal (cf. campagne d'information de l'HAS). Comment améliorer les repérages et travailler en partenariat avec le secteur libéral ?

Au sein même de la PMI se pose la question des liens entre le pré et le postnatal : nos organisations sont-elles suffisamment adaptées pour favoriser le passage de relais entre sages-femmes et puéricultrices par exemple (les visites à domicile communes ne sont pas encore partout bien développées).

Nous avons également besoin de plus de temps d'échanges au sein des équipes PMI avec des moyens indispensables à leur réalisation.

La présence des psychologues dans les équipes de PMI est aussi indispensable au regard de tout ce qui se joue dans cette période périnatale. Or 33 départements sur 70 interrogés ne déclarent aucun psychologues salariés permanents (étude présentée par la DGS lors de la réunion du 18 juin 2014).

Le problème d'un juste positionnement professionnel entre prévention et protection reste difficile, pour les familles ayant déjà eu des antécédents de protection de l'enfance (mesures éducatives, placements d'autres enfants...). Et comment réussir à voir dans ce nouvel enfant l'engagement d'une nouvelle histoire ?

Les familles "en errance" deviennent aussi un nouveau "facteur de danger". Le déficit criant de structures d'accueils, centres maternels, résidences sociales pour les couples « enceints » est problématique.

Tout ce travail nécessite des temps d'élaboration passant par la supervision de pratiques, par des formations, par des synthèses, des réunions consacrées aux situations de ces familles en difficulté.

Les liens avec les services de l'Aide Sociale à l'enfance sont aussi à améliorer ainsi que la formation des professionnels de l'ASE à la prise en charge des petits enfants et des bébés, des mineures enceintes et dans le cadre des familles en grande pauvreté.

Certaines femmes enceintes mineures bénéficient de mesures éducatives assurées par l'ASE ; dans certains cas des collaborations fructueuses s'établissent entre éducateur et sage-femme puis puéricultrice.

Actuellement, s'observe aussi un glissement de tâches dans certains départements où des puéricultrices se voient confier des missions de l'ASE en assurant des mesures d'aide éducative sous mandat administratif. Elles deviennent alors des "éducateurs" pour des jeunes enfants et des parents en très grande difficulté. Or la PMI n'est pas là pour assurer ces aides éducatives. Ce ne sont pas ses missions et les professionnels n'en ont pas les compétences.

**Préconisation** : promouvoir une organisation des services et équipes de PMI et développer leurs moyens favorisant l'articulation entre le pré et le post-natal ; intégrer systématiquement des psychologues dans les équipes de PMI ; prévoir des temps systématiques de synthèse en PMI sur les situations familiales difficiles ; améliorer la formation des professionnels de PMI et proposer des supervisions de pratiques ; mieux prendre en compte des situations sensibles comme celles "d'errance" durant la grossesse ou en sortie de maternité, celles de familles ayant des "antécédents" en protection de l'enfance (formation des professionnels, panel de réponses...) ; à cet effet développer largement les structures d'accueil mère-bébé, couples-bébés en cours de grossesse et dans l'immédiat post-natal ; mieux former les professionnels ASE aux enjeux de la maternité et de la toute petite enfance ; améliorer les articulations avec les professionnels libéraux (place du futur médecin "référént protection de l'enfance", art. 4 de la PPL).