



Master 2 Mention Santé publique
Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé publique
Promotion : 2021-2022

**Les ARS, au cœur de la stratégie des 1000 premiers jours
de l'enfant : une opportunité pour soutenir
la gouvernance partenariale et territoriale**

Illustration du territoire Breton

Célia MARAIS

Remerciements

La rédaction de ce mémoire professionnel marque l'aboutissement de la dernière année de Master Santé publique, parcours pilotage des politiques et actions en santé publique de l'École des Hautes Études en Santé Publique qui aura été riche en découvertes et en accomplissements.

Je me réjouis d'arriver aujourd'hui au terme de ce travail, que je n'aurai sans doute pas réalisé sans la coopération et le soutien des personnes rencontrées au cours de ma formation. Je souhaite particulièrement remercier Monsieur CAMPEON, pour sa bienveillance et son soutien tout au long du Master 2.

Je remercie également ma tutrice de mémoire, Marie-Renée GUÉVEL, pour son accompagnement, sa disponibilité et son partage d'analyse dans le cadre du mémoire.

Je tiens à adresser mes plus vifs remerciements à ma tutrice de stage, Salima TAYMI, référente périnatalité de la direction adjointe prévention et promotion de la santé du siège de l'ARS Bretagne pour son accueil. Sa bienveillance, ses conseils et nos échanges ont enrichi mon analyse.

Merci à l'ensemble des professionnels de la direction adjointe prévention et promotion de la santé pour leur gentillesse et leur disponibilité. Je remercie particulièrement Anthony LE BOT, responsable adjoint de la direction adjointe prévention et promotion de la santé de m'avoir donné l'opportunité de réaliser ce stage.

J'adresse mes remerciements à l'ensemble des professionnels qui ont généreusement accepté de m'accorder du temps et de me confier leurs récits d'expériences.

Enfin, merci à mes proches, particulièrement mes parents, d'avoir été présents tout au long de ma formation à l'EHESP.

Sommaire

Introduction	1
Motivation à l'égard du sujet et méthodologie	14
 1. Un système de prévention en protection de l'enfance multidimensionnel et complexe : la nécessité de renforcer sa gouvernance	18
 1.1 Un pilotage pluriel de la politique de prévention en protection de l'enfance	18
1.1.1 Une politique décentralisée et interministérielle	18
1.1.2 Une politique fondée sur une dynamique partenariale.....	22
 1.2 Une politique décentralisée aux disparités territoriales, construite autour d'un système d'acteurs insuffisamment coordonné.....	26
1.2.1 La prévention en protection de l'enfance se caractérise par des inégalités territoriales	26
1.2.2 Un système d'acteurs insuffisamment coordonné	29
1.2.3 L'absence d'une visibilité globale de l'offre de prévention en protection de l'enfance .	31
 1.3 Renforcer la gouvernance nationale et locale de la politique de prévention en protection de l'enfance	32
1.3.1 La gouvernance plurielle de la politique de prévention en protection de l'enfance	32
1.3.2 Réformer la gouvernance de la protection de l'enfance : une préoccupation ancienne	35
 1.4 L'opportunité d'une politique publique interministérielle « la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant »	36
1.4.1 Une opportunité pour renforcer la gouvernance nationale et locale.....	36
1.4.2 Une opportunité pour renforcer le volet « prévention » de la protection de l'enfance	39

2. La stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant positionne les ARS comme des acteurs majeurs dans la gouvernance territoriale de la prévention en protection de l'enfant.....	41
2.1 La reconnaissance du rôle des ARS dans le cadre de la prévention en protection de l'enfant.....	41
2.1.1 Un positionnement géographique stratégique : la pertinence de l'échelon régional comme territoire d'intervention.....	41
2.1.2 La prévention et promotion de la santé, au carrefour des enjeux de protection de l'enfant	42
2.1.3 Un positionnement fort de l'ARS Bretagne sur la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant.....	44
2.2 Des leviers mis à disposition des ARS pour soutenir une gouvernance partenariale des acteurs locaux autour des 1000 premiers jours de l'enfant.....	45
2.2.1 La contractualisation ARS/préfet/département, un outil partenarial entre les départements et l'État	45
2.2.2 Des moyens supplémentaires dédiés au parcours des 1000 premiers jours de l'enfant	48
2.2.3 Le déploiement d'expérimentations nationales article 51	54
2.2.4 Le lancement d'appels à projet régionaux.....	56
2.2.5 Des initiatives territoriales engagées ou en cours de réflexion pour soutenir la gouvernance partenariale.....	60
2.3 La stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant, une occasion pour construire une stratégie partenariale pluriannuelle en Bretagne autour des 1000 premiers jours de l'enfant ...	63
2.3.1 Miser sur une gouvernance partenariale régionale.....	63
2.3.2 ... Et/ou s'inscrire dans des instances départementales existantes.....	64
Conclusion	65
Bibliographie	67
Liste des annexes.....	77
Note réflexive	121

Table des figures

Schéma 1 : Cartographie des principaux acteurs institutionnels et associatifs portant des politiques à destination des enfants et des familles en Bretagne.....	19
Schéma 2 : Cartographie des acteurs nationaux et territoriaux impliqués dans le déploiement de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant.....	38

Liste des sigles utilisés

AFA : Agence française de l'adoption
AMI : Appel à manifestation d'intérêt
ANISS : Agence des nouvelles interventions sociales et de santé
ARS : Agence régionale de santé
ASE : Aide sociale à l'enfance
CAF : Caisse des allocations familiales
CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CHGR : Centre hospitalier Guillaume Régnier
CHU : Centre hospitalier universitaire
CLS : Contrat local de santé
CNAF : Caisse nationale des allocations familiales
CNAM : Caisse nationale de l'assurance maladie
CNAOP : Conseil national d'accès aux origines personnelles
CNPE : Conseil national de la protection de l'enfance
COG : Convention d'objectifs et de gestion
COPIL : Comité de pilotage
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPG : Contrat pluriannuel de gestion
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
CSAPA : Centre des soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DAC : Dispositif d'appui à la coordination
DDASS : Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DDETS : Direction départementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DGCS : Direction générale de la cohésion sociale
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DGS : Direction générale de la santé
DITP : Direction interministérielle de la transformation publique
DRAC : Direction Régionale des Affaires Culturelles

DREETS : Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités

DSS : Direction de la sécurité sociale

EAJE : Établissement d'accueil du jeune enfant

FEHAP : Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires

FHP : Fédération de l'hospitalisation privée

FIR : Fonds d'intervention régional

GIPEd : Groupement d'intérêt public enfance en danger

HAD : Hospitalisation à domicile

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

MIG : Missions d'intérêt général

MSA : Mutualité sociale agricole

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

ODPE : Observatoire départemental de la protection de l'enfance

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONDAM : Objectif national des dépenses de l'assurance maladie

ONPE : Observatoire nationale de la protection de l'enfance

ONU : Organisation des nations unies

PEGASE : Programme d'Expérimentation d'un protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 Ans d'une mesure de protection de l'Enfance.

PMI : Protection maternelle et infantile

PNSE : Plan national santé-environnement

PRS : Projet régional de santé

PRSE : Plan régional santé-environnement

PTA : Plateforme territoriale d'appui

PTSM : Projet territorial de santé mentale

REPAP : Référent parcours périnatalité

SGCIH : Secrétariat général du comité interministériel du handicap

SGMAS : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

SNATED : Service national d'appel téléphonique de l'enfance en danger

TND : Troubles du neurodéveloppement

URPS : Union régionale des professionnels de santé

VAIS : Vie affective intime et sexuelle

Introduction

Cadre historique

La protection de l'enfance et plus largement des familles n'est pas une politique récente. Elle est le fruit d'une succession de réformes. L'enfant est tout d'abord perçu sous l'antiquité comme un non citoyen. Au Moyen Âge, ce dernier ne bénéficie d'aucun droit ou protection spécifique. L'essor du christianisme reconnaît pour la première fois le respect dû à la personne humaine. Ainsi, l'Église catholique accorde sa protection aux plus vulnérables, à savoir les enfants abandonnés, exposés ou orphelins. Au-delà des actions menées par l'Église, dès le Moyen Âge et au cours de l'époque moderne, d'autres sont initiées par les villes ou ordonnées par le pouvoir royal. Un édit royal du 28 juin 1670 rattache l'hôpital des enfants trouvés (institution religieuse d'accueil des enfants abandonnés) à l'hôpital général afin d'assurer sa pérennité (C. de Ayala, 2010).

Suite à un nombre croissant d'enfants abandonnés, la révolution promeut la proclamation du droit au secours en mettant en place une première forme d'assistance publique. L'aide aux enfants trouvés devient obligatoire et accède au rang de service public. La législation inhérente à ces principes aborde pour la première fois la prévention de l'abandon. Au cours du 19ème siècle, la protection de l'enfance maintient et organise le secours financier aux familles dans le besoin. Le concept de protection de l'enfance s'étend avec la loi du 24 juillet 1889 sur la protection judiciaire de l'enfance maltraitée. Abordant le sujet des enfants moralement abandonnés, le législateur se donne les moyens de protéger l'enfant de ses parents et de prononcer la déchéance de la puissance paternelle. Puis, le décret du 24 février 1956 instaure le code de la famille et de l'aide sociale et un service centré sur l'enfant (C.de Ayala, 2010).

À la fin de la seconde guerre mondiale, lors de la libération, des progrès majeurs apparaissent. L'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante prévoit que les mineurs imputables d'une faute ne sont justiciables que des tribunaux pour enfants. Elle reconnaît la nécessité d'une prise en charge globale des enfants et instaure un juge spécialisé. Lors de la période d'après-guerre, l'une des préoccupations majeures consiste à éviter le placement des enfants. Dans cette perspective, en 1954 des directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS), administrations déconcentrées françaises départementales de l'État, sont mises en place afin d'assurer une meilleure coordination entre les services de prise en charge des enfants (Protection maternelle et infantile, aide sociale à l'enfance...) et en 1959 des services de prévention sont créés au sein des directions de la population. Dans ce contexte, la loi du 4 juin 1970 modifie les conditions de mise en place de l'assistance éducative et de la déchéance de l'autorité parentale afin de privilégier le maintien dans le

milieu familial. Par une prise en charge plus précoce et mieux coordonnée, l'aide sociale à l'enfance (ASE) n'est plus simplement un service de protection de l'enfance mais un service d'aide à la famille (C. de Ayala, 2010).

Des grands changements ont lieu grâce aux lois de décentralisation, notamment la loi du 22 juillet 1983 qui transfère l'ASE, initialement gérée par l'État, aux départements. Placée sous l'autorité et la responsabilité du président du conseil départemental, elle assure des missions de prévention et de protection en direction des enfants et des familles. Enfin, en 1989, l'Organisation des Nations Unies (ONU) est à l'origine de la création de la convention des droits de l'enfant. Elle énonce les principaux droits de l'enfant tels que le droit à une identité, le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux ou encore le droit d'expression sur toute affaire le concernant (C. de Ayala, 2010).

La prévention, au cœur des enjeux politiques de la protection de l'enfance

Plus récemment, deux lois, de 2007 et 2016, ont réformé la protection de l'enfance et réaffirmé les droits et les besoins fondamentaux de l'enfant. Le décret du 7 janvier 1959 a fait place à des mesures de prévention au sein du service de l'ASE en statuant sur un nouveau dispositif administratif de la protection de l'enfance. La prévention précoce est apparue progressivement pour s'affirmer avec la loi votée en mars 2007 qui place le rôle central du département et élargit les modes de prise en charge des enfants. La protection de l'enfance ne se fonde plus seulement à partir de la notion de maltraitance mais s'est étendue aux notions de « risques de danger » portant atteinte au bien-être de l'enfant (V. Bouysse, S. Dupays, H. Lanouzière, B. Legrand-jung, F. Thomas, 2019). L'enjeu est de prévenir le plus en amont possible ces situations en évitant qu'elles ne surviennent ou en limitant leurs effets. S'appuyant fortement sur le système de santé, la loi préconise le recours à des dispositifs existants à des moments clés (N. Coulon, D. Coum, N. Houzelle, D. Mariage, G. Neyrand, O. Prévot, 2013).

Une nouvelle loi instaurée en 2016 relative à la protection de l'enfant cherche à renforcer les principes posés par le législateur en 2007. Elle entend faire de la prévention la pierre angulaire de la politique de protection contre les facteurs de risques auxquels l'enfant peut être exposé dès le plus jeune âge. Ainsi, elle apporte une nouvelle définition du sens donné à la protection de l'enfant dont l'enjeu est de « garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits » (cité par ONPE, 2016, p.1). Ces nouvelles dispositions légales en faveur de l'enfant et de ses besoins mettent l'accent notamment sur un repérage précoce des jeunes en danger ou encore la stabilisation des parcours des enfants placés. Aussi, l'enjeu est d'assurer une égalité

de traitement des enfants et de leurs familles sur l'ensemble du territoire en garantissant une meilleure cohérence des dispositifs, des pratiques et de l'articulation institutionnelle (ONPE).

La prévention, un enjeu au croisement de multiples politiques impliquant une diversité d'acteurs

Ainsi, les évolutions historiques conduisent à un changement de paradigme qui met l'accent sur la prévention dans le cadre de la protection de l'enfance. La prévention, par son caractère universel, doit s'adapter aux différents besoins de toutes les familles en terme d'information, de conseil, d'orientation ou d'accompagnement. Ce champ d'intervention couvre toutes les dimensions liées aux besoins fondamentaux de l'enfant, à son développement physique, affectif, intellectuel et social, à sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation. Multidimensionnelle et globale, la prévention en protection de l'enfance prend en compte tous les champs (éducatifs, économiques, sociaux, sanitaires...) et tous les moments de la vie de l'enfant et son environnement (V. Bouysse, S. Dupays, H. Lanouzière, B. Legrand-jung, F. Thomas, 2019). Elle requiert, par conséquent, une complémentarité des acteurs et des actions.

Il ne s'agit pas ici de faire un listing exhaustif des intervenants mais bien de montrer la diversité des professionnels agissant en proximité. La protection de l'enfance s'inscrit dans un triple cadre : un cadre international évoquant les droits de l'enfant garantis par la convention internationale des droits de l'enfant ; un cadre national où le ministère des solidarités et de la santé mène une politique générale de la protection de l'enfance ; un cadre local pour une politique décentralisée dont le chef de file est le président du conseil départemental (Ministère des solidarités et de la santé).

En effet, les conseils départementaux, principaux acteurs de la protection de l'enfance, ont un rôle de pilotage des actions de prévention et de suivi des enfants et de leurs parents connaissant des difficultés dans l'exercice de leur fonction parentale. Leurs missions s'exercent principalement grâce aux services de la protection maternelle et infantile (PMI) et de l'ASE.

Les services de PMI proposent des interventions en santé de proximité (consultations de médecins, psychologues, sages-femmes, puéricultrices, infirmières...) gratuites et ouvertes aux enfants et adolescents ainsi qu'aux familles. Ils sont également compétents en matière de prévention prénatale et postnatale où les liens entre parents/enfants se construisent.

Les services de l'ASE ont pour mission d'apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux enfants soumis à des risques de dangers et aux familles. Aussi, ils assurent la protection des enfants qui se trouvent dans des situations de menaces graves pouvant porter atteinte à leur intégrité physique et morale. Les départements organisent le repérage des enfants en situation de danger ou en risque de l'être par des cellules de recueil des informations préoccupantes. Les services de l'ASE ont ensuite la responsabilité de la gestion des mesures prises par l'autorité administrative ou judiciaire.

En parallèle, l'observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE), créé par la loi de 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance, assure une mission de production de connaissances sur les questions de mise en danger et de protection des mineurs, de recensement, d'analyse et de diffusion des pratiques de prévention et d'intervention en protection de l'enfance et soutient les acteurs intervenant dans ce champ (ONPE). A ses côtés, l'observatoire départemental de la protection (ODPE) de l'enfance est placé sous l'autorité du président du conseil départemental. Prévu par la loi du 5 mars 2007, il constitue un maillon stratégique dans la définition, le suivi et l'évolution des politiques de protection de l'enfance. Il participe à la collaboration et l'articulation de l'ensemble des acteurs.

Les communes et les établissements publics de coopération intercommunale sont aussi des acteurs de proximité dans le domaine de la petite enfance, de la jeunesse et des familles. Ils organisent et accompagnent l'offre de service d'accueil du jeune enfant et de soutien à la parentalité (V. Bouysse, S. Dupays, H. Lanouzière, B. Legrand-jung, F. Thomas, 2019).

En outre, les acteurs de la Sécurité sociale contribuent à la protection de l'enfant. Le réseau des caisses d'allocations familiales (CAF) intervient notamment en soutien à la parentalité et à l'accueil du jeune enfant par le versement de prestations familiales et sa participation au financement de l'action sociale destinée aux familles. Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) assurent des missions d'information en prévention et promotion de la santé auprès des assurés et des professionnels de santé (V. Bouysse, S. Dupays, H. Lanouzière, B. Legrand-jung, F. Thomas, 2019).

Les acteurs du sanitaire sont également indispensables, qu'ils relèvent de la médecine libérale ou hospitalière. Au sein des services déconcentrés de l'État, les Agences régionales de santé (ARS) jouent un rôle majeur en faveur de la santé du jeune enfant et plus largement des familles. Leurs missions découlent de la stratégie nationale de santé et du projet régional de santé (PRS).

Sous l'autorité des préfets de région et/ou de département, les Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) en lien avec les directions départementales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS), portées sur le volet social, assurent une mission de protection des personnes vulnérables dont la protection de l'enfance. Les hauts-commissaires à la pauvreté, rattachés à chaque préfet de région ont pour mission d'assurer le pilotage et la mise en œuvre de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté dans les territoires particulièrement dans le secteur de l'enfance.

Le monde associatif agit comme un partenaire important dans la mise en œuvre de toutes les politiques concernées. Par la procédure de conventionnement, les collectivités territoriales et l'État formalisent les engagements réciproques des uns et des autres avec un ensemble d'associations et leur garantissent de bénéficier des moyens nécessaires pour accompagner les dispositifs de prévention dans le domaine de la santé et de la famille. Certaines associations proposent aussi des services d'accueil des jeunes enfants (V. Bouysse, S. Dupays, H. Lanouzière, B. Legrand-jung, F. Thomas, 2019). Dans le domaine de la santé, les réseaux de périnatalité sont constitués de professionnels travaillant dans la sphère de la naissance. Ils ont pour finalité de favoriser l'accès aux soins, la coordination des acteurs, la continuité et l'interdisciplinarité de la prise en charge des mères et des nouveau-nés.

Une politique de prévention en protection de l'enfance complexe révélant des fragilités

En outre, la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance donne la priorité à la prévention modifiant substantiellement le paradigme de cette politique publique fondée initialement sur des dispositifs de prise en charge correspondant à des situations de mise en danger de l'enfant. La prévention mobilise un ensemble d'acteurs intervenant sur un même territoire géographique. Elle les amène à conjuguer les dimensions éducatives, culturelles, sociales, en plus de la dimension sanitaire, tout en prenant en compte l'ensemble des facteurs de vulnérabilité de l'enfant, de ses parents et de sa famille. La complexité de cette prise en charge partagée fait face à des obstacles.

Dans le système de protection de l'enfance, le cloisonnement des dispositifs et services complexifie la réponse aux difficultés plurielles de certaines familles. L'examen des productions d'observation de chaque instance fait apparaître une organisation fragmentée et peu lisible d'où découlent des légitimités diverses (V. Bouysse, S. Dupays, H. Lanouzière, B. Legrand-jung, F. Thomas, 2019).

D'une part, le système de données qui permettrait d'avoir une visibilité des actions déployées est insuffisant au niveau national comme au niveau local, empêchant un pilotage éclairé et étayé. D'autre part, sur le plan local, les fragilités des partenariats construits ne permettent pas de répondre aux problématiques de cloisonnement à l'intérieur même des institutions et entre les différents établissements. Dans le domaine de la santé, par exemple, des défauts d'articulation entre la médecine libérale et la médecine hospitalière sont observés et peuvent engendrer des ruptures dans les prises en charge des familles (V. Bouysse, S. Dupays, H. Lanouzière, B. Legrand-jung, F. Thomas, 2019).

La politique de prévention en protection de l'enfance s'oppose à l'absence d'un cadre conceptuel partagé sur son périmètre et ses enjeux. Cette situation freine la construction des politiques publiques locales car elle nuit notamment à l'homogénéité des références et outils mobilisables par les départements. Elle fragilise l'identification des acteurs compétents, elle complique la définition

d'indicateurs de suivi de la politique mise en place et également la mesure et l'évaluation de l'impact des dispositifs déployés. La prévention en protection de l'enfance est confrontée à des disparités d'organisation au sein des départements qui entraînent donc des inégalités territoriales majeures de prise en charge (V. Bouysse, S. Dupays, H. Lanouzière, B. Legrand-jung, F. Thomas, 2019).

À cela s'ajoute des inégalités socio-économiques. Du fait de leur rattachement au conseil départemental, les PMI disposent de moyens très différents en phase avec les recettes fiscales et les choix politiques de chaque département (B. Topuz, 2012). De plus, le contexte de restriction budgétaire impacte les ressources des conseils départementaux et en conséquence ne leur permettent pas de mener à bien les dispositifs à visée universelle. Ces difficultés les amènent à se limiter à l'accompagnement de situations de vulnérabilité, voire de risques avérés. Il est donc observé une baisse des moyens accordés à la prévention au profit des actions de protection administrative et judiciaire. Par exemple, dans les services de PMI, l'écart s'accroît entre l'universalisme proportionné de leur mission et la réalité de leur action (V. Bouysse, S. Dupays, H. Lanouzière, B. Legrand-jung, F. Thomas, 2019). Le rapport Peyron « Pour sauver la PMI, agissons maintenant » paru en 2019 met en évidence la nécessité de recentrer les missions des PMI sur l'accompagnement des enfants et des parents dans un esprit de prévention.

La commission des 1000 premiers jours de l'enfant

Adrien Taquet, secrétaire d'état à la protection de l'enfance auprès du ministre des solidarités et de la santé souhaite marquer un tournant dans la politique de prévention en protection de l'enfance en s'appuyant sur les connaissances scientifiques. C'est pourquoi, en France, en 2019, une commission « Les 1000 premiers jours » présidée par Boris Cyrulnik neuropsychiatre, a regroupé 18 experts de spécialités différentes.

Le rapport des 1000 premiers jours considère une période qui s'étend du 4^{ème} mois de grossesse aux 2 ans de l'enfant, pouvant être élargie aux 3 ans dans des situations plus complexes. Il s'appuie sur les connaissances développées depuis plusieurs années pour démontrer l'impact favorable ou défavorable des environnements de vie, physiques, chimiques, nutritionnels, sociaux ou psychosociaux influençant la construction du système neurocognitif et la santé de l'enfant. Le médecin et épidémiologiste anglais, David Barker, a été le premier à mettre en lumière l'importance de la période des 1000 premiers jours en établissant des corrélations entre les affections néonatales et postnatales et le risque pour l'enfant de développer une maladie chronique à l'âge adulte. L'accent mis sur les 1000 premiers jours de la vie a ensuite été promu au niveau international par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2005, puis de nouveau en 2010 afin de ralentir l'augmentation des maladies chroniques non transmissibles (Santé Publique France, 2021).

Les 1000 premiers jours constituent un concept primordial pour de nombreux scientifiques et souligne l'importance de cette période clé pour tout individu. C'est une période sensible pour le développement et la sécurisation de l'enfant et pose les bases de la santé, du bien-être de l'individu tout au long de la vie. Cette séquence de la vie est marquée par un flux dense de contacts affectifs avec les parents et/ou l'entourage qui sont à l'origine du développement socio-émotionnel précurseur d'une bonne santé physique et psychique, à court et à long terme. Si cette période est forte en vulnérabilité, elle représente aussi l'opportunité d'un changement car la précocité des interventions rime avec efficacité. Cela s'explique principalement par la plasticité cérébrale de l'enfant. C'est pourquoi, les systèmes affectifs, émotionnels, relationnels et psychobiologiques sont plus sensibles aux interventions mises en œuvre dès le plus jeune âge (Santé Publique France, 2021).

L'insuffisance des politiques de prévention en protection de l'enfance limite l'efficacité des actions à destination des enfants et des familles. Cette situation représente à la fois un coût pour l'individu mais aussi un coût social et économique majeur. James Heckman, économiste, déclare qu'investir un euro dans la petite enfance permet de récupérer plus tard 6 à 7 fois plus (F. De Bodman, 2021).

La stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant

En octobre 2019, Adrien Taquet lance un nouveau pacte pour l'enfance 2019-2022 reposant sur trois piliers : la prévention et l'accompagnement des parents du 4^{ème} mois de grossesse aux 2 ans de l'enfant (soit les 1000 premiers jours de la vie), la lutte contre toutes les formes de violences faites aux enfants, une réforme de l'ASE destinée à garantir le respect des droits des enfants protégés et à mieux répondre à leurs besoins fondamentaux (Vie publique, 2021).

Dans ce cadre, la stratégie des 1000 premiers jours a été promulguée par le président de la république en 2019. L'enjeu est de contribuer à une meilleure égalité et de veiller à ce que chaque enfant puisse s'éveiller et s'épanouir dans les meilleures conditions. Cette politique de prévention contribue à inscrire cette étape du développement de l'enfant comme une priorité de santé publique et ainsi à promouvoir l'équité des chances d'une bonne santé physique, mentale et sociale. Cette approche centrée sur les besoins de l'enfant nécessite d'intervenir aussi auprès de la cellule familiale, lieu privilégié de sa construction et de son épanouissement futur.

Cette stratégie introduit la notion d'un parcours des 1000 premiers jours, incitant à décloisonner les approches, à créer de la continuité entre le temps de la grossesse, de la naissance, des premières semaines à domicile et des premières années. Ce parcours encourage les échanges et la coordination entre les différents professionnels et services des 1000 jours, notamment entre le secteur de la santé, du social, du médico-social avec les modes d'accueil du jeune enfant et du soutien à la parentalité

(Ministères sociaux). Ainsi, le chantier des 1000 premiers jours ne constitue pas un nouveau plan mais s'intègre dans des stratégies et programmes nationaux et locaux (Ministère des solidarités et de la santé, 2021).

En premier lieu, la stratégie nationale de santé 2018-2022 s'appuie sur 4 axes prioritaires à savoir la prévention et promotion de la santé, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, l'accroissement de la pertinence et la qualité des soins et l'innovation. Le plan priorité prévention porte une attention particulière aux 1000 premiers jours de l'enfant par le biais d'actions de prévention et de promotion sur les comportements favorables à la santé. Les PRS portés par les ARS mettent en avant la priorité des 1000 premiers jours et engagent des actions concrètes (le soutien à la formation des professionnels de santé et de la petite enfance, la mise en place de labels sur la prévention en santé des nouveau-nés et de leurs parents, le soutien d'actions de parentalité et de programmes d'interventions structurées et précoces...) (Ministère des solidarités et de la santé, 2021).

Également, le Plan national santé environnement (PNSE) et ses déclinaisons régionales, les plans régionaux santé environnement (PRSE) s'inscrivent dans le cadre de la stratégie des 1000 premiers jours. Le PNSE4 prévoit notamment de délivrer des conseils de prévention en santé environnement durant la grossesse et lors du suivi après accouchement par la sage-femme. La stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens met l'accent sur les bonnes pratiques destinées à réduire les impacts des facteurs environnementaux de la santé en ciblant en priorité les populations les plus à risque chez les femmes enceintes. Elle assure également la formation continue des professionnels de santé sur les risques chimiques. Ils développeront à leur tour la prévention auprès des couples et des parents (Ministère des solidarités et de la santé, 2021).

En parallèle, la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté donne la priorité à la réduction de la reproduction des inégalités dès le plus jeune âge. Elle émerge au niveau territorial via les commissaires à la lutte contre la pauvreté. Ses objectifs visent à développer des solutions d'accueil collectif en mettant en place des incitations financières et en misant sur une plus grande mixité sociale notamment en zone prioritaire (Ministère des solidarités et de la santé, 2021).

Mais encore, la stratégie de prévention et de protection de l'enfance se décline dans les départements par la contractualisation et la fixation d'objectifs de santé publique pour la PMI (Ministère des solidarités et de la santé, 2021).

Enfin, les différents axes et actions de la feuille de route santé mentale et psychiatrie contribuent directement aux enjeux des 1000 premiers jours, avec par exemple, la création d'ateliers de développement des compétences psychosociales prépondérantes dans les relations parents/enfants, la mise en place de parcours en santé mentale fondés sur une articulation territoriale entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux définie dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Nous pouvons aussi citer le plan de lutte contre les violences faites aux enfants et les mesures issues du Grenelle contre les violences conjugales (Ministère des solidarités et de la santé, 2021).

Une politique fondée sur un chantier national 1000 premiers jours de l'enfant

L'enjeu est de créer un parcours coordonné, personnalisé, adapté aux besoins de chacun, tout au long des 1000 premiers jours de l'enfant. Ainsi, cette politique repose sur un chantier national déployé en 5 axes. Il s'agit d'améliorer l'accompagnement des parents pendant toute la période, en évitant les discontinuités et en renforçant le soutien autour de 3 moments clefs.

Son entrée s'effectue au 4^{ème} mois de grossesse, lors de l'entretien prénatal précoce, devenu obligatoire depuis le 1^{er} mai 2020. Ce moment privilégié permet au praticien et aux futurs parents d'échanger sur les sujets liés à la grossesse, l'accouchement, la parentalité en construction. Il est prévu d'engager la promotion de cet entretien systématiquement dès le premier mois de grossesse à l'ensemble des parents. (Ministère des solidarités et de la santé, 2021). Le deuxième moment est celui de la maternité, lieu du dialogue, de repérage des difficultés éventuelles, de l'orientation des parents selon leurs besoins dans une approche pluridisciplinaire. Une sensibilisation au concept de santé environnementale dans le champ de la périnatalité sera initiée lors du séjour. Il est aussi prévu le renforcement des staffs médico-psycho-sociaux afin d'améliorer le repérage des situations de vulnérabilité des femmes enceintes ou ayant accouché. En parallèle, il est envisagé de soutenir d'avantage le lien entre l'hôpital, les professionnels de ville et les PMI afin d'assurer une meilleure articulation de leurs actions. (Ministère des solidarités et de la santé, 2021). Le troisième point d'ancrage de ce parcours prend appui sur les visites à domicile après l'accouchement et assure du même coup la prise en charge des dépressions post-partum. L'enjeu consiste à penser l'accompagnement à domicile après l'accouchement par les professionnels de santé libéraux et les PMI et à favoriser les interventions de prévention précoces après repérage de situations de vulnérabilité (Ministère des solidarités et de la santé, 2021). Aussi, un entretien postnatal devient obligatoire le 1^{er} juillet 2022. Il se réalise entre la quatrième et huitième semaine qui suivent l'accouchement dans une approche globale de prévention en post-partum (Ministère des solidarités et de la santé, 2022).

Ce parcours doit également proposer un accompagnement renforcé selon les besoins des familles, en déployant notamment un service adapté aux parents en situation de handicap, en expérimentant des référents de parcours périnatalité et en renforçant les moyens de prise en charge des détresses parentales psychologiques (Ministère des solidarités et de la santé, 2021).

Des informations simples, accessibles et fiables se fondant sur les connaissances scientifiques seront mises à disposition des parents et l'entourage de l'enfant. Cet enjeu se décline par la mise en place d'un dispositif pluriannuel de communication grand public porté par Santé Publique France et la mise en place de groupes de naissance soutenus par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) en lien avec la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) pour accompagner les parents et lutter contre leur isolement (Ministère des solidarités et de la santé, 2021).

Aussi, il s'agit d'inviter les parents à prendre du temps pour construire la relation avec leur enfant. Depuis le 1^{er} juillet 2021, la durée du congé de paternité a doublé pour passer de 14 à 28 jours dont 7 obligatoires pour donner du temps à la relation parents/enfants. Cette mesure permet au second parent d'être plus présent pendant les premiers jours et ainsi offre de meilleures conditions de développement des nouveau-nés (Gouvernement, 2021).

Enfin, améliorer la qualité des modes d'accueil du jeune enfant est primordiale pour son développement, sa socialisation, son éveil. Ce dernier objectif requiert l'approfondissement des travaux sur la qualité de l'accueil du jeune enfant, la mise en place d'une charte nationale rendue opposable, la professionnalisation des acteurs de la petite enfance, le soutien aux solutions d'accueil auprès des assistants maternels et le développement d'horaires atypiques adaptés aux besoins des parents (Ministère des solidarités et de la santé, 2021).

Une stratégie des 1000 premiers jours accordant une place majeure aux ARS

Bien que la protection de l'enfance soit une politique décentralisée, les dernières réformes montre une volonté de renforcer le rôle de l'État dans ce secteur. La décentralisation a constitué une source de progrès pour la protection de l'enfance en privilégiant la prise en compte des spécificités des territoires. Néanmoins, on observe des fragilités dans le fonctionnement de nombreux dispositifs et dans le pilotage de cette politique de prévention en protection de l'enfance.

Le caractère régalien d'une politique publique implique que l'État assure une stratégie cohérente et homogène sur l'ensemble des territoires afin de veiller à garantir l'accès de tous aux mêmes droits (JP. Bichwiller, 2021). Pour conforter cette nécessité de prendre en compte les caractéristiques territoriales tout en garantissant l'équité sur le territoire national, la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant attribue des moyens supplémentaires aux acteurs du service public. Elle donne aussi la possibilité aux

ARS et/ou aux DREETS de lancer des appels à projets auprès de tous les intervenants de la parentalité et de la petite enfance.

Les ARS, services déconcentrés de l'État, sont des établissements publics, autonomes moralement et financièrement, placés sous la tutelle du ministère chargé des solidarités et de la santé. Elles définissent et mettent en œuvre la politique de santé en région, au plus près des besoins du territoire. Pour cela, elles mobilisent leur principal instrument de pilotage, le PRS, arrêté par le directeur général. Ce dernier est élaboré en concertation avec l'ensemble des acteurs de santé en région. Il s'inscrit dans une logique de planification et de programmation des moyens et définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. D'une durée de 5 ans, le PRS repose sur 3 composantes : le cadre d'orientation stratégique qui détermine les priorités de la politique régionale à l'horizon de 10 ans, le schéma régional de santé qui prévoit l'ensemble des actions qui seront menées pour répondre aux besoins de la population, le programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies qui a pour objectif de favoriser notamment l'accès au système de santé pour les personnes vulnérables.

La direction santé publique de l'ARS se compose d'une direction compétente dans le pilotage et l'animation de la politique régionale de promotion de la santé incluant la prévention dans tous les milieux de vie et à tous les âges : « La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et d'améliorer celle-ci » (cité par M-A. Vigil-Ripoche, 2012, p.250).

La promotion de la santé est reconnue par l'OMS comme un levier d'action contribuant à la réduction des inégalités sociales de santé. Le passage des inégalités sociales aux inégalités de santé s'explique par l'influence des déterminants sociaux de la santé. Ces derniers peuvent être compris comme les conditions sociales dans lesquelles les personnes vivent et travaillent. Ils sont déclinés en plusieurs catégories : les caractéristiques biologiques (âge, sexe, facteurs héréditaires), les comportements individuels, les réseaux sociaux et les communautés dans lesquelles s'inscrivent les individus, les conditions de vie et de travail mais aussi les conditions économiques, culturelles et environnementales (M. Moleux, F. Schaetzel, C. Scotton, 2011). Ces inégalités montrent que quel que soit le type d'indicateurs socio-économiques et sanitaires retenus, les personnes issues des catégories plus favorisées sont globalement en meilleure santé que celles issues des catégories moins favorisées. On évoque ce continuum dans toutes les strates de la société par le terme de gradient social (M. Moleux, F. Schaetzel, C. Scotton, 2011).

La transmission intergénérationnelle des inégalités de santé et de leurs déterminants est au cœur des enjeux actuels soutenue par les théories de justice sociale. Celles-ci sont influencées par les conditions de vie dans l'enfance ou encore par la transmission de comportements en santé des parents (M. Moleux, F. Schaetzel, C. Scotton, 2011). C'est pourquoi, la parentalité est au cœur des préoccupations d'éducation, de socialisation et de maturation des enfants. Lieu d'interaction avec l'enfant, elle représente la meilleure garantie du « bien grandir » et contribue au bien-être de l'enfant, à sa capacité à devenir lui-même et à trouver sa place dans la société.

L'ensemble de ces observations inspirent les pouvoirs publics à lutter contre les inégalités sociales de santé dès le plus jeune âge. En conséquence, la stratégie nationale de santé instaure des priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant quand le plan national santé publique 2018-2022 met l'accent sur le temps périnatal et la petite enfance soit les 1000 premiers jours (Société française de santé publique, 2021). En s'appuyant sur ces outils, l'ARS Bretagne dans son PRS 2 qui s'étend de 2018 à 2022 privilégie la promotion de la santé des femmes enceintes, des enfants et leur famille en agissant sur les déterminants de santé. Elle s'engage à repérer le plus précocement possible les problématiques de santé pour organiser des prises en charge accessibles et de qualité (ARS Bretagne, 2018).

Des évolutions politiques récentes dans le sens d'une réaffirmation du rôle de l'État

Pour compléter cette stratégie, la loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants prévoit un ensemble de mesures destinées à améliorer la situation et la sécurité des enfants protégés par l'ASE, à améliorer les conditions de travail des assistants familiaux et surtout à mieux piloter la politique nationale multidimensionnelle de la protection de l'enfance. Effectivement, de nombreuses structures nationales interviennent aux côtés des ministères compétents dans le champ de l'enfance : conseil national de la protection de l'enfance (CNPE), groupement d'intérêt public pour l'enfance en danger (Giped), qui regroupe lui-même le service national d'appel téléphonique pour l'enfance en danger (Snated) et l'Observatoire national pour la protection de l'enfance (ONPE), l'agence française de l'adoption (AFA) et le conseil national d'accès aux origines personnelles (Cnaop). Ainsi, la question de la gouvernance de la protection de l'enfance, décentralisée et interministérielle, est une préoccupation ancienne. Cette loi a pour objectif d'assurer une meilleure coordination des acteurs et de reconnaître que cette politique relève d'une compétence partagée entre l'État et les départements (ONPE, 2022).

Annonce de la problématique

Le système de protection de l'enfance, décentralisé et interministériel, repose sur une gouvernance partagée entre l'État et les départements. Depuis plusieurs années, la volonté de renforcer le volet

préventif inscrit dans les lois de 2007 et 2016 relatives à la protection de l'enfance, implique la collaboration d'une diversité d'acteurs.

Dans les années 80, l'État mise sur la décentralisation pour assurer l'aide sociale au sein des territoires en répondant au plus près des besoins des enfants et leurs familles. Garant des principes d'égalité et de solidarité nationale, l'État fait le constat des limites de la politique de prévention en protection de l'enfance et des fragilités de sa gouvernance dû à des disparités territoriales et un manque de coordination entre les acteurs. En promulguant la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant, il prévoit de nouvelles mesures visant à consolider et renforcer la dynamique partenariale des acteurs grâce à une prévention organisée autour de la notion de parcours. Déclinée dans les territoires par le biais notamment des ARS, cette stratégie renforce leur intervention basée sur une approche holistique de la santé et leur rôle dans la gouvernance territoriale. Il conviendra de se demander en quoi la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant avec son train de mesures politiques ciblées et universalistes positionne l'ARS comme un acteur majeur de la prévention en protection de l'enfance et ainsi donne l'opportunité de renforcer la gouvernance territoriale ?

Cette problématique repose sur des hypothèses conduisant à des axes de réflexion qui ont permis de construire ce travail :

- La stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant vient renforcer l'action des ARS en faveur de la prévention et promotion de la santé des jeunes enfants, des parents et/ou futurs parents. Il convient alors de s'interroger sur la légitimité de cette place accordée aux ARS.
- La stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant apporte un ensemble d'outils et moyens aux ARS afin de favoriser la coordination des acteurs intervenant dans le champ de la prévention en protection de l'enfance et de renforcer la gouvernance partenariale territoriale de cette politique. C'est pourquoi, il s'agit également de se questionner sur les différents leviers dont les ARS disposent pour répondre à ces enjeux.

Il s'agira dans un premier temps d'appréhender les caractéristiques et la complexité de la politique de prévention en protection de l'enfance, à la fois interministérielle et décentralisée, particulièrement sur le territoire Breton. Cette première partie abordera également la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant et son opportunité à dynamiser la gouvernance au niveau national et local. Une seconde partie traitera plus particulièrement le renforcement de la place des ARS et leur positionnement à l'égard de cette stratégie. Il s'agira de présenter les leviers qui leur sont attribués pour soutenir et renforcer la gouvernance territoriale autour des 1000 premiers jours de l'enfant en Bretagne.

Motivation à l'égard du sujet et méthodologie

C'est avec une forte motivation que je réalise mon mémoire sur le projet des 1000 premiers jours de l'enfant, porteur de valeurs humaines et d'égalité. En effet, il existe sur le territoire français depuis plusieurs décennies, un ensemble d'actions destinées au soutien à la petite enfance et à la parentalité. Cette stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant perçue comme un parcours pour les enfants et les parents prévoit de développer la mise en réseau de l'ensemble des acteurs compétents pour agir sur un même territoire. L'univers de l'enfance m'intéresse tout particulièrement, d'autant qu'il représente la continuité de mon mémoire professionnel sur la parentalité des mères adolescentes réalisé lors de ma formation de conseillère en économie sociale et familiale. Porteuse de valeurs universalistes, cette stratégie s'adresse à l'ensemble des familles avec une attention particulière sur les situations de vulnérabilité. Ainsi, elle me permettra d'appréhender les défis actuels des politiques publiques de prévention en protection de l'enfance et d'adopter un angle de vue plus macroscopique.

J'ai réalisé mon stage, d'une durée de 4 mois, au sein de la direction adjointe prévention et promotion de la santé de l'ARS Bretagne. Rattachée à la direction santé publique, elle a pour mission de définir les stratégies d'intervention en prévention et promotion de la santé, de structurer l'offre territoriale, de conduire les politiques de contractualisation et d'allocation de ressources, d'organiser, suivre et évaluer les stratégies, dispositifs et actions financés et de développer les stratégies intersectorielles, essentiellement avec les collectivités territoriales, les services de l'État et institutions. Après de la référente périnatalité, chargée de mission enfance et jeunesse, les missions qui me sont confiées en lien avec la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant sont les suivantes : Recenser l'ensemble des initiatives repérées autour de la thématique des 1000 jours et les classer par grands domaines d'activité avec une attention sur les actions probantes ou prometteuses ; Cartographier les initiatives repérées ; Contribuer avec l'équipe projet interne ARS à la définition des objectifs prioritaires autour des 1000 jours ; Évaluer les besoins financiers et en ressources humaines pluriannuels découlant des objectifs prioritaires retenus.

Au tout début de cette expérience, il m'a fallu me familiariser avec cette thématique à multiples facettes par des recherches bibliographiques sur le concept des 1000 premiers jours et donc me sensibiliser à ses déclinaisons politiques visant à réduire les inégalités sociales de santé et soutenir la parentalité. Ces recherches s'appuient majoritairement sur des rapports tels que celui réalisé à la suite de la commission des 1000 premiers jours de l'enfant mais aussi du ministère des solidarités et de la santé. Cette première phase exploratoire m'a apporté une plus grande connaissance du champ de la prévention en protection de l'enfance.

L'essentiel de la réflexion des experts à propos des 1000 premiers jours invoque l'importance de faire travailler ensemble des professionnels par-delà leurs secteurs respectifs dans un espace identifié au sein des territoires. C'est pourquoi j'ai souhaité m'interroger sur les effets attendus du partenariat, le rôle des ARS et les outils à leur disposition pour encourager une réponse globale et intégrée.

Pour construire et formaliser plus aisément un questionnement de recherche, il est indispensable de s'appuyer sur la lecture scientifique issue de diverses disciplines majoritairement en sciences humaines et sociales. Cette phase de recherche permet de prendre la distance nécessaire avec son lieu de stage. Tout au long de ce mémoire, la revue de littérature s'accompagne des données récoltées lors des enquêtes menées sur le terrain. Ce mémoire professionnel s'est construit grâce à plusieurs méthodes d'enquêtes et de recueils de données qualitatives : les entretiens semi-directifs et les échanges informels (**Annexe 1**) ainsi que les techniques d'observation.

Ces échanges semi-directifs ont été structurés par des grilles d'entretien (**Annexe 2**), adaptées à l'interlocuteur. Ces dernières s'organisaient autour de 3 principales thématiques : la présentation de l'établissement et de la personne interrogée ; l'identification des enjeux de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant sur le territoire en précisant la place, le positionnement et le rôle du partenaire dans le cadre de cette stratégie à travers les actions déjà engagées et les perspectives d'intervention ; les modalités de coordination et de partenariat avec les partenaires, plus particulièrement avec l'ARS Bretagne et leurs attentes par rapport à cette institution. L'élaboration d'une grille d'analyse (**Annexe 3**) a permis d'exploiter l'ensemble des informations récoltées.

J'ai interrogé 6 partenaires institutionnels : responsable de l'offre de service aux partenaires de la CAF, médecin PMI d'un conseil départemental, coordinatrice régionale de la gestion des risques de l'assurance maladie, sage-femme coordinatrice du Réseau Périnatalité Bretagne, responsable de service du pôle cohésion sociale au sein du service hébergement, logement, inclusion sociale et protection des personnes, accompagné de la référente stratégie pauvreté de la DREETS. Ces échanges m'ont permis d'identifier leurs rôles et de comprendre l'articulation entre les différents acteurs, leur modalité de travail en commun ainsi que la complexité de l'organisation territoriale de l'enfance.

Ces éléments ont été approfondis et complétés lors d'un échange avec le directeur adjoint du projet national des 1000 premiers jours de l'enfant. Celui-ci a apporté un regard plus large sur le contexte de la mise en œuvre de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant et les ambitions nationales et territoriales. Aussi, les 3 autres entretiens réalisés avec 2 responsables de pôle et une chargée de mission prévention et promotion de la santé au sein des délégations départementales ont contribué à appréhender leur place dans l'organisation interne de l'ARS et dans les territoires. En parallèle, j'ai

interrogé 2 professionnels de l'ARS du Centre-Val de Loire : une référente 1000 premiers jours de la direction santé publique et santé environnement et une docteure, conseillère médicale au sein de la direction de l'offre sanitaire. J'ai observé notamment des différences de pratique selon les territoires et surtout de choix des outils mobilisés quant au déploiement régional de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant. Étant donné que l'ARS Centre-Val de Loire, expérimente le « référent parcours périnatalité » au titre de l'article 51, j'ai pu saisir sa place dans l'organisation de ce projet.

Un autre entretien avec une chargée d'étude scientifique de l'unité périnatalité et petite enfance de Santé Publique France avait pour objectif d'appréhender le contexte de déploiement d'un programme probant de soutien aux PMI s'intitulant PANJO, en lien avec l'ARS Bretagne.

La crise sanitaire due à la covid 19 a provoqué une généralisation du télétravail. La majorité des réunions de l'ARS se sont déroulées à distance, la plupart des entretiens par visioconférence. Le distanciel a facilité les rencontres avec les acteurs géographiquement éloignés. Toutefois, les échanges virtuels ne remplacent pas une véritable conversation de visu. Les entretiens réalisés en face à face ont duré plus longtemps avec la possibilité d'échanger plus spontanément, voire de recueillir des informations informelles. La majorité des entretiens (9 entretiens) ont été enregistrés et retranscrits.

Ce mémoire ne prétend pas être exhaustif de la situation en Bretagne. Le choix d'interroger un seul partenaire d'un établissement sur un département ne permet pas d'étendre les propos recueillis à l'ensemble de la région. Cette dernière se caractérise par des réalités territoriales très différentes en terme d'organisation et de partenariat. Compte tenu de la multitude des acteurs de la prévention en protection de l'enfance et la courte durée du stage, il a été nécessaire de prioriser certains établissements. Le choix a donc été d'interroger des partenaires participant à la construction de l'offre de service et d'accompagnement. Ainsi, il aurait pu être intéressant de s'entretenir aussi avec des professionnels intervenants directement auprès des familles afin de recueillir leur point de vue. Il convient de préciser que les éléments recueillis au cours des échanges avec les différents acteurs ont pu parfois être biaisés par ma présence au sein de l'ARS Bretagne.

La tenue d'un journal de terrain m'a permis de garder une trace écrite de mes ressentis et des paroles de certains acteurs, lors d'échanges informels. En effet, ce mémoire professionnel s'appuie sur des discussions avec les différents services de l'ARS qui traitent en partie la question de la petite enfance : direction adjointe hospitalisation, direction adjointe autonomie, direction adjointe santé environnement, direction adjointe prévention et promotion de la santé, département innovation en santé, département PRS pilotage et statistique. Il s'agissait de préciser leurs missions et les éventuels projets et actions en lien avec la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant. Les échanges en vis à vis avec les différents professionnels de la direction adjointe prévention et promotion de la santé, notamment

avec ma tutrice de stage et le directeur du service ont enrichi mon analyse. En parallèle, j'ai réalisé tout au long de ce stage une démarche d'observation non participante lors des diverses réunions (réunion régionale de la direction adjointe prévention et promotion de la santé, réunion avec les porteurs de projets des 1000 premiers jours, réunion de travail avec les délégations départementales, réunion de travail sur la contractualisation...) ou congrès (2nd Comité national partenarial des 1000 premiers jours de l'enfant, Congrès sur les liens d'attachement réalisé par le Réseau périnatalité Bretagne...).

La stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant est considéré comme le volet prévention de la politique de protection de l'enfance (G. Guernalec-Levy).

La profusion de termes employés sur ce sujet illustre sa complexité. Le terme « politique de prévention en protection de l'enfance » a été privilégié lors de la rédaction de ce mémoire afin de simplifier sa lecture. D'autres intitulés existent et sont utilisés dans le cadre de travaux publics ou de recherches, comme « politique de prévention et protection de l'enfance » privilégiée dans le cadre de la stratégie nationale. Ces différentes désignations semblent renvoyer aux mêmes réalités. Elles s'appuient sur le constat de la faiblesse des actions de prévention dans le cadre de la protection de l'enfance. La volonté politique de renforcer ce volet d'intervention conduit à l'émergence de nouvelles appellations intégrant directement cette notion.

L'absence de terminologie unique peut exprimer la tension qui existe aujourd'hui dans la prévention en protection de l'enfance, entre des dispositifs qui cibleraient les enfants en danger ou en risque de l'être et des dispositifs à visées universelles s'accompagnant d'interventions plus ou moins renforcées selon le risque constaté soit le principe de l'universalisme proportionné. Cette situation est provoquée par l'absence de cadre partagé sur le périmètre et les enjeux de la prévention.

S'appuyant sur les facteurs de vulnérabilités et de protection qui jouent un rôle primordial au cours de cette période sensible, cette politique publique des 1000 premiers jours met en avant la nécessité d'un universalisme proportionné (G. Guernalec-Levy). Ce dernier principe a prouvé son efficacité dans la réduction des inégalités sociales de santé : « Pour réduire la pente du gradient social de santé, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelle au niveau de défaveur sociale » (Marmot, 2010, cité par l'Observatoire de la santé, 2017, p. 8).

À noter également que ce rapport qui se concentre sur le sujet de la prévention dans le cadre de la protection de l'enfance n'aborde ni les acteurs du ministère de la Justice, ni ceux de l'Éducation Nationale puisque la période des 1000 premiers jours précède l'entrée en milieu scolaire.

1. Un système de prévention en protection de l'enfance multidimensionnel et complexe : la nécessité de renforcer sa gouvernance

La priorité donnée à la prévention dans le cadre de la politique de protection de l'enfance engendre la mobilisation d'une multitude d'acteurs pour répondre aux besoins des familles. Ce champ d'intervention dépend d'un pilotage pluriel associant les départements et l'État en première ligne. Aussi, cette approche préventive insiste sur la nécessité de construire une dynamique partenariale. Pour autant, on observe un manque de coordination des acteurs qui s'accompagne de disparités territoriales. Cette situation conduit à s'interroger sur la gouvernance, nationale et locale, de cette politique, fragilisée depuis plusieurs années. Dans ce cadre, la promulgation de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant peut constituer un levier intéressant pour répondre à ces enjeux.

1.1 Un pilotage pluriel de la politique de prévention en protection de l'enfance

1.1.1 Une politique décentralisée et interministérielle

A. Le département, chef de file de la protection de l'enfance

La décentralisation qui débute en 1982 à travers les lois Defferre consiste en un transfert de compétences administratives de l'État vers des entités (ou des collectivités) locales distinctes de lui. Ces lois de décentralisation ont fait du département la collectivité pivot en matière sociale et lui ont cédé la charge des services de l'ASE et des services des PMI.

Puis, la loi du 5 mars 2007 a affirmé le rôle central du président du conseil départemental en le nommant comme chef de file de la protection de l'enfance et à ce titre affirme son rôle de coordination avec les autres parties prenantes intervenant auprès de l'enfant et de sa famille (services des administrations déconcentrées de l'État, le secteur associatif...) (V. Blain, 2021).

B. Des compétences partagées avec d'autres acteurs dont l'État

Si le champ de la prévention en protection de l'enfance repose sur une organisation décentralisée, elle est également interministérielle ; le département partage des objectifs et des responsabilités avec de nombreux acteurs dont l'État au titre notamment des politiques relatives à la santé et à la famille (M. Dini, M. Meunier, 2014). Plus globalement, ce dernier assume une fonction d'expertise qui l'amène à remplir une mission d'intérêt général correspondant notamment à son rôle de garant de la cohésion sociale en matière d'observation, d'évaluation, d'expertise et de régulation (Y. Boudjémaï, 2020). Le secteur associatif est également très présent historiquement (M. Dini, M. Meunier, 2014). Le schéma ci-dessous présente les principaux acteurs institutionnels et associatifs Bretons, régionaux et départementaux, portant des politiques à destination des familles et contribuant à la construction de l'offre de services et d'accompagnement.

Schéma 1 : Cartographie des principaux acteurs institutionnels et associatifs portant des politiques à destination des enfants et des familles en Bretagne

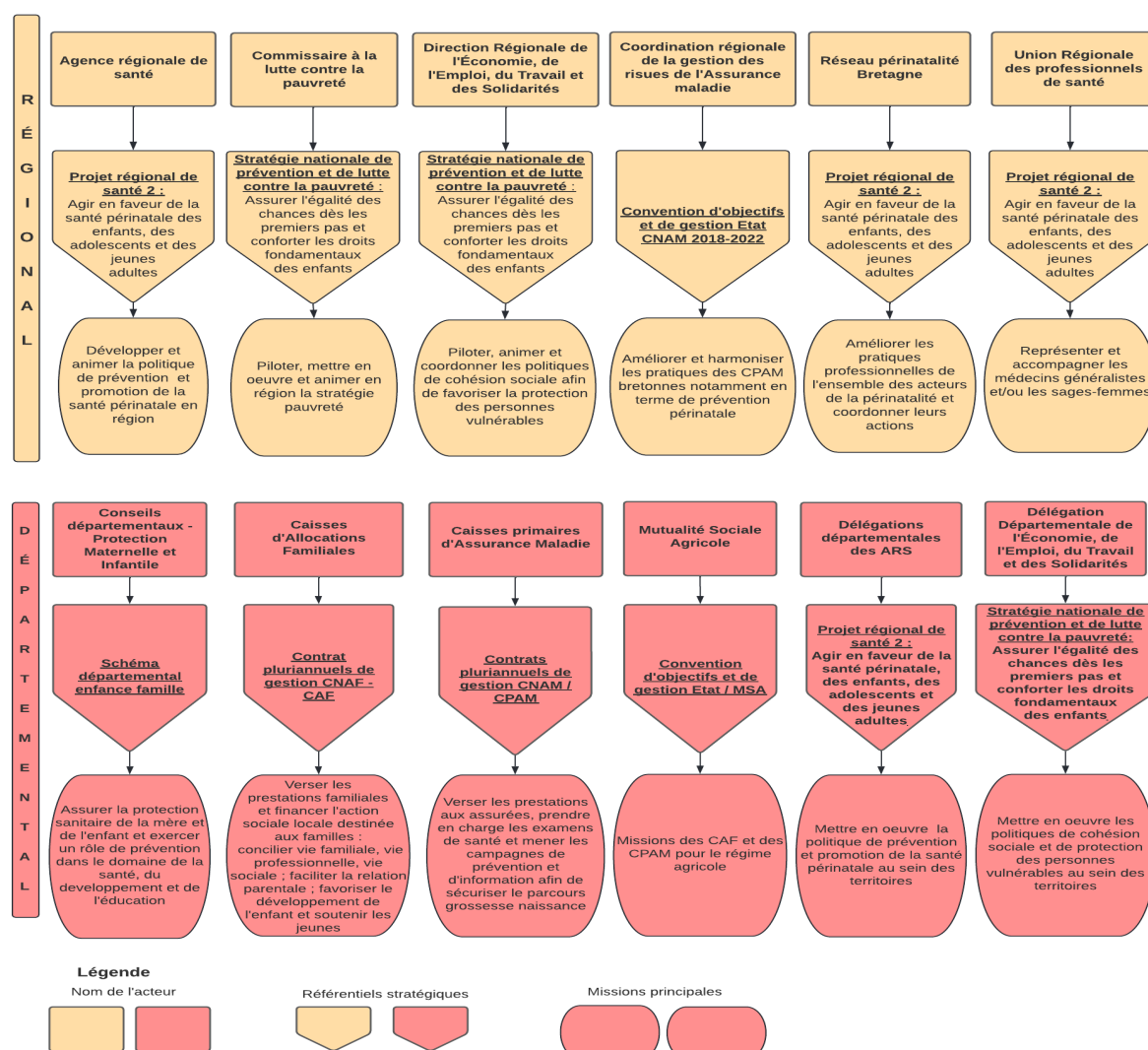


Schéma entièrement réalisé par l'auteur de ce mémoire

Ces acteurs ont des organisations différenciées liées à leurs tutelles politiques et à leurs modalités de déclinaison territoriale respectives, aux compétences qui leur sont attribuées et à leur champ d'intervention (politique de la santé, des familles, de la cohésion sociale...).

La collectivité territoriale du département

Le président du conseil départemental définit la politique de l'enfance sur son territoire. Ainsi, le code de l'action sociale et des familles prévoit l'obligation pour le département d'élaborer un schéma d'organisation sociale et médico-sociale qui doit lui-même inclure la prévention et la protection de l'enfance. **Le schéma départemental enfance famille, aussi appelé schéma départemental des services aux familles** constitue la pierre angulaire de l'action départementale en faveur des enfants et des familles, structurant les interventions des services de PMI et de l'ASE. Il est un instrument de pilotage

et propose des buts à atteindre pour la politique départementale en faveur de l'enfance, de la famille et de la jeunesse pour les 5 années à venir. Il décline les actions à mener et inscrit leur mise en œuvre dans une temporalité préalablement définie selon des indicateurs quantitatifs et qualitatifs précis. Un des enjeux majeurs est le caractère partenarial de la démarche puisqu'il aborde des sujets complexes nécessitant une réflexion partagée entre les acteurs. Dans un souci de collaboration entre les partenaires du champ de l'enfance, le préfet de département assure le pilotage de cette démarche, en coordination avec le conseil départemental et la CAF dans le cadre de comités départementaux des services aux familles, instances partenariales de réflexion, de conseil et de proposition. Ces derniers seront développés plus tard dans ce rapport (cf 2.3.2). Quant à l'ODPE sous l'autorité du président du conseil départemental, il est chargé du suivi de ce schéma départemental en faveur de l'enfance et de la famille.

Les acteurs de la Sécurité Sociale relevant des branches « maladie » et « famille »

Les CAF pour la branche famille, les CPAM accompagnées de la coordination régionale de la gestion des risques de l'assurance maladie pour la branche maladie et les caisses de mutualité sociale agricole (MSA) sont des organismes privés qui exercent une mission de service public. Chacun de ces établissements est soumis à des directives qui sont établies dans le cadre d'une **convention d'objectifs et de gestion (COG)** signée entre les caisses nationales, la CNAF, la CNAM, la caisse centrale de la mutualité sociale et agricole (CCMSA) et l'État. Ces dernières exercent leur mission de service public sous la tutelle de la **direction de la sécurité sociale (DSS)**, organisme d'administration centrale qui définit les politiques publiques et prépare le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Par cette COG, il s'agit de déterminer les objectifs pluriannuels, les actions à mettre en œuvre par chaque signataire et les moyens de fonctionnement de la branche. De portée nationale, les COG et leurs objectifs sont ensuite déclinés sous forme d'orientations opérationnelles en **contrats pluriannuels de gestion (CPG)** entre la caisse nationale et les caisses locales (CPAM, CAF, MSA). Le CPG précise pour chaque domaine, chaque organisme, sous forme d'indicateurs, les actions concrètes à mettre en œuvre et les résultats à obtenir en tenant compte des conditions de réalisation au plan local.

Les services de l'État

En parallèle, pour garantir la bonne mise en œuvre de la politique de l'enfance, interministérielle et décentralisée, il faut favoriser l'émergence de relais à l'échelon des services déconcentrés de l'État.

Nommés par le Président de la République en Conseil des Ministres, les préfets en région et/ou en département, représentent les chefs des services déconcentrés de l'État au sein des collectivités territoriales. Ils ont la charge des intérêts nationaux et assurent notamment la protection des biens et des personnes sur leur territoire. Dans ce cadre, leur rôle est d'animer la vie économique et sociale en

partenariat avec l'ensemble des acteurs locaux et de coordonner l'action administrative en garantissant sa cohérence. Ils assument donc les politiques interministérielles et en ce sens doivent faciliter les initiatives et projets locaux, accompagner les collectivités publiques, les services déconcentrés de l'État ou encore les associations. Dans le champ de l'enfance et de la famille, leurs positionnements ont été renforcés à travers la contractualisation ARS/ préfets/ conseils départementaux prévue par la stratégie nationale de prévention et protection de l'enfance. Ce dernier outil sera développé plus tard dans ce rapport (cf 2.2.1). Également, comme évoqué précédemment, les préfets de département en lien avec les conseils départementaux et les CAF assurent le pilotage de la démarche de mise en œuvre des schémas départementaux des services aux familles.

Placées sous la tutelle des ministres chargés des affaires sociales, de l'économie, des finances, du travail et de l'emploi, les DREETS et les DDETS exercent leurs missions sous l'autorité des préfets de région et des préfets de département. Elles interviennent dans le secteur de l'enfance au titre de la politique sociale relative aux solidarités et à la protection des personnes vulnérables. Elles agissent spécifiquement dans le cadre de la **stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté** engagée en 2018, se structurant autour de 5 principaux objectifs dont l'égalité des chances dès les premiers pas pour rompre la reproduction de la pauvreté. Les DREETS exercent ces missions en lien direct avec le haut-commissaire à la pauvreté, nommé par le premier ministre et rattaché à chaque préfet de région. Ce dernier assure le pilotage et la mise en œuvre de la stratégie dans son territoire en mobilisant l'ensemble des administrations concernées.

Enfin, les politiques de santé publique sont portées par les ARS, placées sous la tutelle du **ministère chargé des solidarités et de la santé**. Elles définissent et mettent en œuvre la politique de santé en région, afin de prendre en compte les spécificités du territoire. Pour cela, elles mobilisent leur principal instrument de pilotage, le **PRS** construit sur la base de la **stratégie nationale de santé**.

Le secteur associatif

Enfin, le secteur associatif est également fortement mobilisé et de nombreux acteurs viennent en appui à la politique de santé de l'ARS. C'est sur la base des priorités du PRS que le Réseau Périnatalité Bretagne et l'Union régionale des professionnels de santé (URPS), sages-femmes et/ou médecins généralistes exercent leurs missions.

Ainsi, l'action en faveur de l'enfance, relève, suivant son objet, de plusieurs autorités. Elle est organisée à travers une pluralité de plans et de schémas déclinés localement. Si les besoins des enfants et plus largement des familles en matière de prévention, de soins, d'accompagnement impliquent l'intervention de multiples dispositifs et organisations (Société Française de Santé Publique, 2021), une prise en charge globale et adaptée nécessite d'engager une dynamique partenariale des acteurs.

1.1.2 Une politique fondée sur une dynamique partenariale

A. Définition de partenariat et de coordination

Le partenariat est depuis les années 1990 une tendance forte de l'évolution des politiques publiques en lien notamment avec la décentralisation. Il se définirait comme un instrument participant à la rénovation de l'action publique. Cette notion est employée de façon courante mais revêt des réalités diverses et des références tout aussi disparates. Elle n'est pas un concept en soit, puisqu'elle ne correspond à aucune théorie particulière.

Ce terme partenariat peut renvoyer à des pratiques professionnelles développées autour d'un projet commun. Il s'agit d'une construction et d'un système d'échanges entre professionnels (F. Charrier, J. Couteau, J-J Geoffroy, M. Seys, J. Roulleau, R. Vercauteren, 2005). Le dictionnaire critique d'action sociale apporte une définition précise du partenariat et de ses caractéristiques en évoquant la notion de complémentarité de la relation partenariale : « Un rapport complémentaire et équitable entre deux parties différentes par leur nature, leurs missions, leurs activités, leurs ressources et leur mode de fonctionnement. Dans ce rapport, les deux parties ont des contributions mutuelles différentes mais jugées essentielles. Le partenariat est donc fondé sur un respect et une reconnaissance mutuelle des contributions impliquées dans un rapport d'interdépendance. » (cité par F. Charrier, J. Couteau, J-J Geoffroy, M. Seys, J. Roulleau, R. Vercauteren, 2005, p.66).

Selon Fabrice Dhume, le partenariat peut également être considéré comme une méthode d'action qui repose sur une certaine égalité des parties prenantes qui en fait un acteur collectif régi par un cadre défini : « Le partenariat est une méthode d'action coopérative fondée sur un engagement libre, mutuel et contractuel, d'acteurs différents mais égaux, qui constituent un acteur collectif dans la perspective d'un changement des modalités de l'action – faire autrement ou faire mieux – sur un objet commun – de part sa complexité et/ou le fait qu'il transcende le cadre d'action de chacun des acteurs –, et élabore à cette fin un cadre d'action adapté au projet qui les rassemble, pour agir ensemble à partir de ce cadre. » (cité par F. Charrier, J. Couteau, J-J Geoffroy, M. Seys, J. Roulleau, R. Vercauteren, 2005, p. 66).

Ainsi le partenariat apparaît aujourd'hui comme une forme supérieure de coopération qui permet à une diversité d'acteurs de s'entendre pour agir en commun dans une logique d'ensemble hétérogène et conflictuelle. Plus concrètement, il renvoie à la nécessité d'agir de concert et en complémentarité à partir des différences de chacun afin de répondre à un problème/ une situation reconnue comme telle dans un ensemble de synergies et d'intérêts organisés. La décision n'est pas partagée mais négociée au sein d'un système d'intérêts qui dépasse le cadre de l'action. C'est pourquoi, dans le cas du partenariat, la notion d'égalité est primordiale, concernant les gains attendus mais aussi dans la parité

de la décision et des responsabilités engagées. Le partenariat contribue à développer des synergies et établir des connexions qui positionnent les acteurs les uns par rapport aux autres dans une dynamique évolutive avec pour objectif le problème à résoudre selon une temporalité nécessaire à son atteinte (C. Merini, C. de Peretti, 2002).

Si la coopération des acteurs est depuis longtemps un impératif, elle laisse entière la question du pilotage et donc de la coordination. Ce premier concept répond en premier lieu à une demande de prise en compte de la complexité et de la pluralité des besoins des personnes. Quant à la coordination, elle se situe dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs (M. Jaeger, 2010). Elle est mise en avant dans un ensemble de rapports portant sur la protection de l'enfance et passe par une amélioration des liens entre les différents partenaires et institutions concernés.

B. Le partenariat et la coordination des acteurs de la prévention en protection de l'enfance

Selon Géraldine Chavrier, en 2013, le contenu du rôle de chef de file de la protection de l'enfant du département est flou. Il consiste à intervenir dans l'exécution de l'action en organisant les modalités de l'action commune sans avoir l'autorité à les déterminer, les décider. C'est pourquoi, le chef de file ne peut se substituer aux autres partenaires ni arbitrer les compétences qu'ils ont à mobiliser. Il ne peut donc pas agir seul en matière de prévention, de protection et d'accompagnement dans le champ de la protection de l'enfance (cité par V. Blain, 2021).

D'une part, la mise en avant de la notion de parcours de l'enfant inscrit dans le champ de l'enfance nécessite une mobilisation importante des institutions et des professionnels dans une temporalité propre à son développement et à l'importance d'apporter des réponses à ses besoins fondamentaux. Bien que le temps de l'enfant ne soit pas celui des institutions ni des professionnels, l'enjeu d'une coordination des interventions plurielles est indispensable (V. Blain, 2021).

D'autre part, la spécificité des besoins fondamentaux des enfants nécessite que le département se mobilise dans un travail partenarial. Selon l'article L 112-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF), « L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant » (cité par V. Blain, 2021, p.54). À la suite de la conférence établissant un consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant, Marie-Paule Martin-Blachais en 2017 précise qu'« appréhender les besoins fondamentaux de l'enfant, c'est interroger une construction sociale, culturelle, clinique, juridique qui s'inscrit dans une historicité, une temporalité et un contexte donné » (cité par V. Blain, 2021, p.54).

En s'appuyant sur les besoins fondamentaux de l'enfant, il s'agit d'adopter une approche écosystémique décrite par Urie Bronfenbrenner, mettant en avant la nécessité de prendre en compte l'enfant, sa famille mais aussi les interactions avec son environnement social élargi. Cette approche multidimensionnelle et holistique de l'enfant complexifie l'action des acteurs engagés. Ces derniers vont devoir mobiliser des outils, des dispositifs pour soutenir une dynamique partenariale afin d'être au service des exigences de la prévention en protection de l'enfance (cité par V. Blain, 2021). Cette approche implique donc une évolution des pratiques professionnelles comme l'évoque Agnès Gindt-Ducros en 2020 dans l'ouvrage de la Société française de pédiatrie médico-légale, « l'enjeu est de penser la protection de l'enfant en global selon le modèle écologique de développement humain permettant de tenir compte de l'influence réciproque de multiples systèmes, des plus proches de l'enfant [...] aux plus éloignés [...] composant tous ensemble son environnement écologique » (Balençon cité par V. Blain, 2021, p.54-55).

Les lois de 2007 et 2016 de protection de l'enfant mettent en avant la dimension préventive de la protection de l'enfance et précisent qu'elle est très largement en interaction avec de nombreuses autres politiques publiques : éducation, soutien à la parentalité, santé publique, lutte contre la pauvreté... C'est pourquoi, ces lois évoquent cette nécessaire démarche partenariale entre multiples institutions et ce de manière officielle et formalisée par des protocoles, des conventions, des dispositifs, etc., afin de circonscrire les périmètres d'intervention de chacune (V. Blain, 2021).

Pour cela, le partage des ressources, du travail, des risques et des responsabilités entre les acteurs est indispensable pour améliorer la prise en charge des enfants et des familles. Il s'agit de fixer des objectifs qui permettent de faire ensemble des choses que les parties prenantes ne pourraient accomplir seules, soit par manque de technicité, de moyens financiers ou tout simplement dans une logique de complémentarité liée aux missions respectives de chacun (V. Blain, 2021).

En outre, les acteurs doivent arriver à la construction d'une vision et d'un langage commun basé sur une connaissance réciproque de ceux-ci et l'instauration d'un climat de confiance. Cette dynamique doit permettre de décloisonner l'intervention des différents intervenants au bénéfice de l'intérêt des enfants. Cette modalité de travail en partenariat est complexe et peut l'être davantage lorsqu'elle implique des acteurs ne relevant pas de la même organisation politique.

C. Un partenariat qui s'articule entre deux mouvements d'organisation politique : la décentralisation et la déconcentration

Le système de prévention en protection de l'enfance, mobilisant de nombreux acteurs, se trouve donc imbriqué dans deux mouvements d'organisation politique, qui ont vu le jour presque simultanément en France : la décentralisation et la déconcentration. Cette situation implique un mode de partenariat spécifique afin d'assurer la complémentarité de ces deux processus.

Après les premières réformes de décentralisation, la loi du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République (loi ATR) institue l'implantation d'autorités administratives représentant l'État dans des circonscriptions administratives locales. À titre illustratif, les ARS tout comme les DREETS sont des services déconcentrés de l'État identifiant une priorité à l'enfance, l'un portant la politique nationale de la santé et l'autre la politique de solidarité et de lutte contre les exclusions.

Bien que l'État ait perdu sa position centrale depuis les lois de décentralisation, le mouvement parallèle de la déconcentration a permis à ces administrations de conserver, à travers les services déconcentrés, un rôle spécifique dans la construction des politiques locales mais aussi dans l'animation du partenariat entre parties prenantes de la gestion territoriale (R. Epstein, 2015). De part la territorialisation des politiques mises en place au niveau national, en lien avec les collectivités dans le cadre de démarches de projets et de procédures contractuelles (Pinson 2009, Gaudin 1999) les services déconcentrés se sont saisis de ces outils pour se repositionner sur une fonction d'institutionnalisation de l'action collective au sein des territoires (T. Duran cité par R. Epstein, 2015).

Philippe Ligneau, l'un des premiers et seuls juristes à s'être intéressé à la question du partenariat, rappelle que pour le « Robert » le partenaire est celui avec qui on est allié (associé pour gagner) dans un jeu, au besoin contre d'autres joueurs. Pouvant être envisagé et décrit d'abord comme un état d'esprit, au-delà d'une formule de coopération conventionnelle, le partenariat apparaît comme une modalité essentielle de l'action conjointe qui suppose des règles du jeu, un objet commun, des protagonistes de niveau à peu près égal (cité par J. Damon, 2010). Dans ce contexte, on constate que dans certains cas les règles du jeu ne sont pas vraiment claires, l'objet n'est pas forcément le même partout et une forte inégalité entre les acteurs notamment les collectivités et l'État et les différents niveaux de puissances publiques (État, sécurité sociale, collectivités locales, organismes délégataires) est observée. Sur ce dernier point, les partenariats de politiques publiques sont confrontés à un handicap par rapport à l'État, puisque les autres collectivités lui sont à des degrés divers subordonnées (J. Damon, 2010). C'est pourquoi, la nécessité d'agir en partenariat accompagne le passage depuis la décentralisation d'une relation de subordination unilatérale à une collaboration contractuelle entre l'État et les collectivités locales (J. Damon, 2010). Cet outil de la contractualisation entre l'État et les départements

prévu par la stratégie nationale de prévention et protection de l'enfance sera développé plus tard dans ce rapport (cf 2.2.1).

Même si les acteurs intervenant dans le cadre de la prévention en protection de l'enfance, au niveau national et local, ont cette volonté d'assurer une dynamique partenariale, ils se trouvent confrontés à la complexité de sa mise en œuvre.

1.2 Une politique décentralisée aux disparités territoriales, construite autour d'un système d'acteurs insuffisamment coordonné

De nombreux rapports comme les analyses produites par l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée montrent que la décentralisation rend difficile l'harmonisation des politiques de prévention en protection de l'enfance et suscite d'importantes inégalités territoriales. Il est également constaté que la gestion des dispositifs de protection de l'enfance est insuffisamment centrée sur la coordination des intervenants pour éviter les ruptures de parcours de l'enfant (Y. Boudjémaï, 2020).

1.2.1 La prévention en protection de l'enfance se caractérise par des inégalités territoriales

Sur le territoire Breton, ces disparités départementales apparaissent en matière d'investissements des conseils départementaux, de coordination des acteurs et d'offre périnatale.

A. Des investissements disparates des conseils départementaux

La décentralisation de la protection de l'enfance aux mains des conseils départementaux avait pour principal objectif une meilleure prise en compte des besoins exprimés au niveau local par la mise en place d'une action de proximité. Cette situation accroît le nombre et la nature des acteurs appelés à intervenir. Dans le même temps, elle interroge la possibilité de maintenir une égalité de traitement des individus sur l'ensemble du territoire national (F. Capelier, 2015).

Plus généralement, malgré la part conséquente qu'elle peut représenter dans les budgets, il est estimé que la protection de l'enfance demeure marginalisée dans les enjeux stratégiques des politiques conduites par les départements. De même, le manque d'outils d'évaluation ne permet pas de vérifier l'adéquation entre le coût des actions et leur efficacité au regard des objectifs assignés (Y. Boudjémaï, 2020). Néanmoins, la décentralisation de la protection de l'enfance s'est traduite par des inégalités de traitement plus visibles selon les territoires, voire dans certains départements par une prise en charge déficiente des enfants (A. Dulin, 2018). Les engagements et les moyens investis par les conseils départementaux dans le secteur de l'enfance, principalement les services de PMI, souffrent de disparités (Adjoint de la directrice du projet national des 1000 premiers jours de l'enfant). Le

responsable du service hébergement, logement, inclusion sociale et protection des personnes au sein de la DREETS évoque également cette problématique de dynamique départementale plus ou moins importante selon les territoires dans le secteur de l'accompagnement social et des solidarités : *« certains conseils départementaux sont très moteurs comme *, ça se passe très bien. Par contre, c'est plus compliqué dans * ou on a un conseil départemental qui a plus vocation sur l'accompagnement social notamment à vouloir se désengager ».*

Les départements soulignent que le transfert de nombreuses compétences de charges et de patrimoines provoqué par la décentralisation n'a pas été suffisamment anticipé et pris en compte dans leurs conséquences. Ils évoquent notamment une explosion des dépenses budgétaires locales réduisant leur marge de manœuvre, un accroissement des effectifs du personnel ou encore des relations financières conflictuelles avec l'État. Également, la notion de chef de file introduite par la décentralisation recouvre un contenu juridique flou freinant sa traduction opérationnelle dans la coordination de l'action publique territoriale (cité par Y. Boudjémaï, 2020).

Effectivement, la responsable du pôle prévention et promotion de la santé d'une délégation départementale de l'ARS évoque les difficultés depuis quelques années du conseil départemental de son territoire. Alors que les demandes auprès de cet acteur se multiplient, ce dernier se trouve confronté à une baisse de plus en plus importante de son personnel. Plus particulièrement, la responsable déclare que *« la PMI, en tout cas sur le département * était en souffrance depuis 2-3 ans ».* À titre illustratif, la délégation départementale de l'ARS travaille sur la mise en place d'une consultation par la PMI dédiée pour aux enfants de 0 à 6 relevant de l'ASE. Faute de moyens, la PMI du territoire déclare qu'elle ne pourra prendre en charge que la tranche d'âge des 0-2 ans. Ainsi, cette professionnelle m'évoque son ressenti : *« parfois ils abandonnent même certaines de leurs missions. Nous on est un peu surpris quoi, car c'est quand même leurs missions de cœur ».*

C'est pourquoi, le Défenseur des droits relève dans son rapport annuel consacré aux droits de l'enfant, que *« si la protection de l'enfance est une compétence décentralisée à l'échelon départemental, il n'en demeure pas moins qu'elle doit rester une préoccupation essentielle de l'État qui doit donner l'impulsion et les moyens nécessaires à sa mise en œuvre sur l'ensemble du territoire »* (cité par A. Dulin, 2018, p.28). Effectivement, l'État est garant d'un socle commun de prévention et protection des enfants ainsi que l'accès aux droits pour tous.

Au vu de cette situation, le responsable de service de la DREETS se questionne sur l'articulation entre l'État et les collectivités dans le domaine de l'enfance. Il explique que par exemple dans le cadre de l'hébergement d'urgence, des places spécifiques aux femmes enceintes ou sortant de la maternité ont

été créées et financées par l'État, alors même que cette politique est au main des départements : « *« pourquoi ce n'est pas le conseil départemental puisqu'il a compétence sur les enfants » »*.

Ces constats conduisent à s'interroger sur l'opportunité de la décentralisation des politiques de protection de l'enfance. Certains, comme l'inspection générale des affaires sociales préconise en 2005 d'« aller au bout de la logique de décentralisation en transférant les compétences résiduelles en matière d'intervention sociale de l'état au département » (cité par F. Capelier, 2015, p.66). L'Assemblée des départements de France souligne dans un rapport en 2016 « L'Avenir des politiques sociales des Départements » que la décentralisation reste inachevée et qu'il est nécessaire de clarifier les rapports entre l'État et les collectivités territoriales. Aussi, elle évoque : « Les départements doivent ainsi pouvoir jouir pleinement d'une autonomie leur permettant de mener à bien les compétences qui leur sont dévolues » (cité par Y. Boudjémaï, 2020, p.7). D'autres s'inquiètent d'une décentralisation trop poussée de l'aide et de l'action sociale et avancent le risque d'une « réalité sociale et politique qui sous-tend la décentralisation brise la conception uniforme de l'administration française » (cité par F. Capelier, 2015, p.66).

B. Des disparités partenariales

Ces inégalités territoriales émergent dans le contexte partenarial et la coordination des acteurs. Certains territoires font preuve de dynamisme partenarial et les acteurs proposent des projets communs, quand d'autres laissent la place à la concurrence des établissements sans se soucier de leur complémentarité (Référénte Stratégie Pauvreté, DREETS).

Par exemple, un département Breton ne présente aucun partenariat engagé à propos de la politique de prévention en protection de l'enfance. À contrario, un autre a mis en place un comité départemental parentalité, une instance de partage et d'échange entre les acteurs et inclut la CPAM, la CAF, la MSA, la PMI et la délégation départementale de l'ARS. Ce comité a donné lieu à la signature d'une convention partenariale définissant des axes d'intervention communs dont le lancement d'un appel à projet annuel.

C. Des disparités dans l'offre périnatale

Ces inégalités territoriales s'accompagnent donc de disparités dans l'offre périnatale. L'organisation politique départementale de certaines administrations telles que les CAF ou les CPAM les conduit à développer des initiatives locales sur leur territoire. Par exemple, les CAF peuvent mobiliser comme elles le souhaitent leur fonds « publics et territoires » afin de développer l'offre en direction des familles et réduire les inégalités territoriales et sociales. Quant aux CPAM, un plan d'action au niveau de la coordination régionale de la gestion des risques de l'assurance maladie est mis en place

et permet le développement de projets, en lien avec les directives des CNAM et spécifiques aux problématiques et besoins identifiés sur les territoires. C'est dans ce cadre que la CPAM d'un département Breton a mobilisé ses fonds de lutte anti-addiction pour travailler sur la thématique du tabac et de la grossesse, une problématique identifiée sur le territoire Breton. Il s'agit de former les sages-femmes du territoire à l'utilisation du spiromètre pendant leur consultation et les amener à questionner systématiquement la femme enceinte sur sa consommation. Certaines CPAM en lien avec les CAF vont également mettre en place des ateliers maternités dans leur département afin d'accompagner les femmes enceintes dans l'accès à leurs droits (Coordinatrice régionale de la gestion des risques de l'assurance maladie).

Ces initiatives sont certes intéressantes et en réponse à des besoins identifiés mais se pose la question de l'équité sur le territoire régional, « *Dans un parcours une femme qu'elle soit en Ille-et-Vilaine ou dans le Finistère elle devrait avoir accès aux mêmes droits* » (Sage-femme coordinatrice, Réseau Périnatalité Bretagne). D'autant plus que la problématique de la consommation de tabac chez les femmes enceintes est constatée au niveau de l'ensemble de la région.

Ces inégalités territoriales, d'où découlent des disparités en terme de dynamique partenariale et d'offre périnatale s'accompagnent plus globalement d'un cloisonnement entre les différents acteurs au sein d'un même secteur d'intervention et/ou entre différentes sphères professionnelles.

1.2.2 Un système d'acteurs insuffisamment coordonné

A. Des acteurs aux objectifs, moyens et tutelles politiques différentes

D'une part, la coordination des acteurs intervenant en faveur de l'enfant se heurte à une pluralité d'objectifs, de moyens et de tutelles politiques (État, département...). En effet, le schéma 1 sus-cité illustrant les principaux acteurs institutionnels et associatifs portant des politiques à destination des enfants et des familles sur le territoire Breton, met en lumière les différents référentiels et objectifs propres à chaque institution définis par leurs tutelles politiques. Cette pluralité accroît les interfaces possibles ou nécessaires entre les divers acteurs. Si la planification et la coordination qui en résultent paraissent cruciales, elles sont également source potentielle de complexité et créent un risque de juxtaposition éloignant ces documents à portée pragmatique de leur vocation d'outil opérationnel de pilotage (V. Bouysse, S. Dupays, H. Lanouzière, B. Legrand-jung, F. Thomas, 2019).

D'autre part, la protection de l'enfance a longtemps été victime de l'absence de corpus de principes directeurs partagés en matière de prévention. Le code de l'action sociale et des familles met en lumière le rôle essentiel de ce domaine d'intervention mais n'en donne pas une définition précise. Ce défaut de cadre conduit à des réalités très différentes selon les interlocuteurs constituant un frein à la

construction et au déploiement d'une politique publique concertée. Il empêche de cerner la place, le rôle de chacun et la définition de priorités d'intervention (V. Bouysse, S. Dupays, H. Lanouzière, B. Legrand-jung, F. Thomas, 2019).

En parallèle, les marges de manœuvre plus ou moins importantes des différents acteurs peuvent également compliquer leur coordination et la définition de priorités communes. La responsable du pôle prévention et promotion de la santé d'une délégation départementale de l'ARS Bretagne me fait part d'une faible marge de manœuvre des administrations de la sécurité sociale (CAF, CPAM et coordination régionale de la gestion des risques de l'assurance maladie) soumises à leur convention d'objectif et de gestion rendant difficile l'émergence de projets communs, *« On voit bien qu'il y a des démarches qui sont encore cloisonnées, je pense à la CAF et à la CPAM qui elles ont des directives très précises avec des outillages spécifiques qui contraignent un peu les démarches entre partenaires »* (Responsable du pôle prévention et promotion de la santé en délégation départementale de l'ARS).

B. Des acteurs aux divers échelons territoriaux

L'absence de territoire commun de référence pour ces dispositifs ou organisations et la collaboration partielle des parties prenantes mettent à mal la coordination des organismes. Effectivement, si plusieurs acteurs interviennent à un échelon départemental tel que les PMI, les CAF, les CPAM, les délégations départementales de l'ARS, les DDETS d'autres agissent au niveau régional tel que le siège de l'ARS, le réseau périnatalité Bretagne, la coordination régionale de la gestion des risques de l'assurance maladie, la DREETS. Certaines institutions départementales présentent tout de même un interlocuteur au niveau régional. C'est le cas des CPAM qui exercent leur mission en lien avec la coordination régionale de la gestion des risques. Par opposition, les CAF ou les PMI n'ont pas d'interlocuteur à l'échelon régional.

Le territoire peut être considéré comme un construit social permanent, en constante appropriation. Il peut être apparenté à un système dynamique complexe (F. Leloup, L. Moyart, B. Pecqueur, 2005). Il se construit et se structure grâce aux relations durables de proximité géographique développées entre une pluralité d'acteurs permettant de mener des actions concrètes, jusqu'à l'élaboration de normes communes. Le territoire comme système se définit en rapport à son environnement et résulte d'une dynamique de construction d'un « dedans » par rapport à un « dehors » (F. Leloup, L. Moyart, B. Pecqueur, 2005). Au-delà de la notion de territoire en référence à un périmètre politico-administratif ou comme un fragment d'un système productif national, elle se définit comme le lieu d'intersection de réseaux, de stratégies, d'interdépendances entre partenaires. Elle est aussi le lieu de production, de négociation et de partage d'un devenir commun (F. Leloup, L. Moyart, B. Pecqueur, 2005).

C'est pourquoi, une dynamique partenariale entre l'ensemble de ces acteurs suppose un travail commun entre les différentes échelles de décision. À titre illustratif, le réseau périnatalité Bretagne, lorsqu'il intervenait encore au niveau départemental avait initié en Ille-et-Vilaine une convention de partenariat avec l'assurance maladie, la CAF, la PMI et l'ARS. L'objectif était d'abord de mieux se connaître, de travailler ensemble et de mutualiser les actions de chacun. Aussi, cette convention présentait un plan d'action et fixait les engagements des différents acteurs selon leur champ de compétence. Depuis la régionalisation du réseau périnatalité Bretagne, cette convention est devenue caduque et aucun outil n'est venu se substituer, *« j'aimerais bien reprendre ça au niveau régional mais c'est compliqué parce que justement on n'a pas le même découpage »* (Sage-femme coordinatrice, Réseau Périnatalité Bretagne). Les différents découpages territoriaux complexifient les possibilités de partenariat et les initiatives départementales rendent difficile la communication d'information par le réseau périnatalité Bretagne.

L'ensemble de ces constats induit un manque de visibilité globale de la politique de prévention en protection de l'enfance et de son offre sur le territoire Breton, à la fois pour les professionnels et les institutions mais également pour les familles.

1.2.3 L'absence d'une visibilité globale de l'offre de prévention en protection de l'enfance

Cette diversité d'actions et projets déployés par l'ensemble des acteurs dans le cadre de politiques qui leur sont propre conduit à un manque de visibilité et de compréhension globale des politiques de prévention en protection de l'enfance dans les territoires (Société Française de Santé Publique, 2021). Faute de lien entre les acteurs, cette situation engendre un défaut de connaissances de l'offre existante, comme l'évoque une assistante pilotage et projet de la coordination régionale de la gestion des risques de l'Assurance Maladie : *« Je pense que c'est vraiment la lisibilité en fait. On voit (...) le gros problème c'est qu'il y a énormément de partenaires, énormément d'actions différentes donc c'est de savoir qui travaille sur quoi et de pouvoir bien articuler tous les interlocuteurs »*. À cela, la sage-femme coordinatrice du réseau périnatalité Bretagne aborde des initiatives engagées par les différents partenaires au niveau départemental qui ne sont pas connues de l'ensemble des acteurs, *« les initiatives si elles sont faites et que les professionnels qui suivent les femmes enceintes ne sont même pas au courant de ça, je ne vois pas l'intérêt »*.

Comme l'illustre le schéma 1, chaque institution établit des plans (État), des schémas (collectivités), des programmations (ARS), des contrats d'objectifs (CAF) à partir de diagnostics, d'analyses ou encore d'axes de travail. Chaque processus mis en place par des comités de pilotage, comités techniques,

groupes de travail répond aux exigences des institutions (N. Audouard, 2016). Cette multiplication de référentiels fait obstacle à une prise en charge globale des enfants et engendre une perte d'efficacité, avec une participation croisée des acteurs dans les différentes instances (Cour des comptes, 2021). Un défaut d'articulation entre tous ces outils peut être à l'origine de doublon dans les interventions mises en place par les partenaires sur le territoire. En Bretagne les acteurs font état d'un chevauchement de certaines de leurs actions. À titre illustratif, durant sa grossesse, une femme enceinte reçoit moult informations sur ses droits, ses démarches administratives, des conseils pour sa future parentalité etc. Ces mêmes supports d'informations vont être transmis par un ensemble d'acteurs, que sont la CAF, la CPAM, le Réseau Périnatalité Bretagne, les établissements de santé dont les hôpitaux, les associations mais aussi l'employeur, « *une femme enceinte il faut voir le nombre de documents qu'on reçoit* » (Sage-femme coordinatrice, Réseau Périnatalité Bretagne). Les informations transmises sont véhiculées de manière différente selon les établissements. La conséquence de ces multiples initiatives est le risque de « noyer d'informations » les futurs parents et surtout les plus vulnérables, « *une femme enceinte elle reçoit deux tables entières de prospectus* » (Sage-femme coordinatrice, Réseau Périnatalité Bretagne). C'est pourquoi, le réseau périnatalité Bretagne avait évoqué le souhait d'harmoniser tous les supports afin d'apporter une information plus claire et accessible. À cela, l'assistante pilotage et projets de la coordination régionale de gestion des risques de l'assurance maladie affirme la volonté d'avoir un support unique mais nuance ses propos : « *c'est peut-être utopique, chacun voudra avoir son mot... il y aura trois pages de logo* ».

Si cette multiplicité d'acteurs engendre un ensemble de difficultés, on peut légitimement se poser la question du pilotage et de la gouvernance de la politique de prévention en protection de l'enfance au niveau national et territorial.

1.3 Renforcer la gouvernance nationale et locale de la politique de prévention en protection de l'enfance

1.3.1 La gouvernance plurielle de la politique de prévention en protection de l'enfance

A. Définition de la gouvernance

Ces dernières décennies, la notion de gouvernance fait son apparition dans les débats publics. Elle est souvent utilisée pour désigner l'ensemble des interactions entre une diversité croissante d'acteurs publics et privés dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques (cité par L. Fraisse, V. Lhuillier, F. Petrella, 2008). Cette notion renvoie à un changement dans le mode de gestion de l'action collective et souligne la diversité des acteurs, la nature interactive des processus

d'élaboration des politiques et les niveaux légitimes de l'action publique ainsi que l'ensemble des modalités institutionnelles dans lequel ces politiques s'inscrivent (Enjolras, 2005 cité par L. Fraisse, V. Lhuillier, F. Petrella, 2008). Elle permet de mieux appréhender la diversité et la complexité qui caractérisent l'action publique (Kooiman, 2003 cité par L. Fraisse, V. Lhuillier, F. Petrella, 2008).

Enjolras identifie trois éléments constitutifs de l'analyse de la gouvernance : les acteurs impliqués dans la réalisation d'objectifs d'intérêt général ainsi que leurs caractéristiques (objectif, valeur, statut, organisation d'appartenance, etc) ; les instruments de politique publique mis en œuvre afin d'atteindre les objectifs d'intérêt général ; les modalités de coordination et d'interaction entre les acteurs concernés qui conduisent à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques publiques (L. Fraisse, V. Lhuillier, F. Petrella, 2008).

En vue de garantir l'intérêt général, des objectifs précis vont être définis, des ressources allouées et des pratiques d'acteurs vont se mettre en place. L'enjeu est d'assurer une compatibilité et une cohérence entre les différentes parties prenantes afin d'établir des priorités communes : « La mise en compatibilité signifie qu'au minimum, chacun prend en compte l'existence des intérêts de l'autre, ce qui se traduit par la reconnaissance de la position du partenaire » (T. Duran, 1996, cité par L. Fraisse, V. Lhuillier, F. Petrella, 2008, p.27). La construction de l'intérêt collectif passe par la création d'un cadre de référence commun, d'une convention ou d'un compromis qui reçoit l'adhésion de toutes les parties prenantes (L. Fraisse, V. Lhuillier, F. Petrella, 2008).

Depuis plusieurs années, on observe un passage d'une logique de gouvernance paritaire à une logique de gouvernance territorialisée impliquant de nombreux partenaires aux légitimités diverses, ayant des compétences réglementaires, financières politiques et professionnelles. La complexité de l'action publique se caractérise par plusieurs niveaux de gouvernance qui sont à prendre en compte et où de multiples acteurs au sein d'espaces de références différents sont impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques (L. Fraisse, V. Lhuillier, F. Petrella, 2008).

B. Une gouvernance majoritairement publique qui tend vers une gouvernance multilatérale

Dans le cadre d'une proposition de typologie des régimes de gouvernance, Enjolras identifie quatre idéaux-types : la gouvernance publique, la gouvernance concurrentielle, la gouvernance corporative, la gouvernance partenariale. En s'appuyant sur cette classification, d'autres auteurs mettent en avant la notion de gouvernance quasi marchande, gouvernance citoyenne et gouvernance multilatérale (L. Fraisse, V. Lhuillier, F. Petrella, 2008).

Comme nous avons pu l'illustrer, dans le cas de la politique de prévention en protection de l'enfance, la gouvernance demeure principalement publique, aux mains de l'État et des départements et repose

sur un partage complexe des responsabilités entre différents niveaux de pouvoir (national, régional, départemental, municipal).

Ce régime implique principalement l'action des acteurs publics et les politiques sont mises en œuvre par l'administration publique. Cette dernière est garante de l'intérêt général qu'elle définit selon ses propres critères. Ce constat démontre la nécessité de mettre en place des mécanismes de coordination entre ces différents acteurs qui peuvent prendre de multiples formes (contrats, schémas, comités de pilotage...). Dans ce cadre, la production de services collectifs ou quasi collectifs est organisée par des acteurs publics ou déléguée à des acteurs privés dans le cadre d'une régulation tutélaire et hiérarchique. Celle-ci est financée par des subventions directes aux prestataires dans le cadre de politiques structurelles. Les procédures de contrôle et d'évaluation sont définies également par cette autorité centralisée. Enfin, la mise en place d'instances de coordination sont organisées à l'initiative des pouvoirs publics (L. Fraisse, V. Lhuillier, F. Petrella, 2008).

Au sein de cette gouvernance majoritairement publique, on voit émerger des éléments qui relèvent de d'autres types de régimes et principalement de la gouvernance multilatérale en lien avec la diversification des opérateurs dont le secteur associatif (notamment l'URPS et le Réseau Périnatalité Bretagne) (L. Fraisse, V. Lhuillier, F. Petrella, 2008). En effet, au niveau national, des fédérations d'associations participent fortement à la définition de la politique de prévention en protection de l'enfance. Au niveau territorial, les associations jouent également un rôle déterminant (P. Bruston, B. Descoubes, P. Naves, F. Simon-Delavelle, 2014). Ce modèle de gouvernance insiste sur la multiplicité des acteurs publics et privés dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques locales. Elle nécessite que les pouvoirs publics adoptent un rôle de facilitateur dans la gestion de la vie collective locale aux côtés des différents acteurs.

Ici, la production de services collectifs ou quasi collectifs est organisée au sein de dynamiques partenariales qui permettent la co-construction de l'intérêt général à partir de la diversité des intérêts en présence. Elle est donc financée par une diversité de sources publiques et privées et peut reposer sur des co-financements. Par exemple, au niveau territorial, un jeu de pouvoirs imbriqués lie responsables départementaux des collectivités territoriales et l'État et responsables associatifs. Par exemple le pouvoir des autorités publiques est de sélectionner telle ou telle association sur la base du dépôt d'un dossier à la suite d'un appel à projets ou d'accepter ou bien de refuser des dépenses présentées dans un compte administratif. À côté, l'autorité des associations est de s'inscrire pleinement dans les choix départementaux et nationaux et d'en être le porte-voix (P. Bruston, B. Descoubes, P. Naves, F. Simon-Delavelle, 2014). Les règles et les procédures d'évaluation sont le résultat d'un compromis négocié. Ce régime conduit bien souvent à la création d'instances de coordination ouvertes

à toutes les parties prenantes, à l'origine d'une décision du niveau central ou d'initiatives spontanées (L. Fraisse, V. Lhuillier, F. Petrella, 2008).

1.3.2 Réformer la gouvernance de la protection de l'enfance : une préoccupation ancienne

Depuis plusieurs années, les insuffisances du pilotage national et rétrospectivement du pilotage local de la politique de l'enfance sont soulignées. La question de la gouvernance de la prévention en protection de l'enfance fait l'objet de nombreux rapports publics. Ces différentes analyses (IGAS, Cour des Comptes...) font ressortir les difficultés liées à la responsabilité de l'État : problèmes d'articulation entre les compétences décentralisées et les compétences étatiques ; déficit de connaissances, d'évaluation et de contrôle des politiques décentralisées... (Y. Boudjémaï, 2020).

La Défenseure des enfants déplore, dans son rapport annuel en 2004, la faiblesse des actions de suivi mené par l'État concernant la protection de l'enfance. Dès 2007, l'audit de modernisation réalisé par l'IGAS résumait la situation : « les missions de l'État n'ont pas été redéfinies, et ses modalités d'intervention restent souvent peu cohérentes au regard de la nouvelle répartition des compétences, ce qui induit dans de nombreux domaines une dispersion des leviers de pilotage coûteuse et préjudiciable à l'efficacité des politiques publiques. L'intrication des compétences et la persistance d'interventions directes de l'État dans le champ des compétences transférées constituent probablement les principaux freins à l'adaptation des effectifs et des structures des administrations d'État à la décentralisation » (cité par Y. Boudjémaï, 2020, p.6). Puis en 2009, la Cour des comptes soulignait le défaut de pilotage de l'État et relevait notamment que ce dernier ne s'était doté « ni d'objectifs ni de stratégies clairs » en protection de l'enfance (cité par Y. Boudjémaï, 2020, p.6). Elle évoquait donc la nécessité d'instaurer un outil de pilotage national afin d'apporter une clarification de la stratégie de l'État aux côtés des départements (Y. Boudjémaï, 2020).

Aujourd'hui, divers rapports soulignent l'enchevêtrement des missions et le manque d'articulation des différentes instances de pilotage national dans le champ de la protection de l'enfance (Y. Boudjémaï, 2020). Ainsi, la loi de 2016 relative à la protection de l'enfant avait pour priorité d'améliorer la gouvernance nationale et locale afin de soutenir une politique publique qui soit décloisonnée et transversale. Pour renforcer le pilotage interministériel, elle institue un conseil national de protection de l'enfance auprès du premier ministre. Cette instance a pour mission de développer la coordination des acteurs et propose au gouvernement des orientations pour la protection de l'enfance. Néanmoins, un rapport relatif à la protection de l'enfance, publié en novembre 2020 par la Cour des Comptes met en avant la persistance des difficultés du pilotage national : « le pilotage national de la protection de l'enfance se caractérise par une multiplicité d'instances aux missions confuses et avec des moyens limités, dont la coordination est chronophage » (cité par B. Bonne, 2021, p.127).

Ces insuffisances de coordination des acteurs constatées au niveau national se déclinent au niveau départemental. C'est pourquoi, la Cour des Comptes, dans ce même rapport recommandait de « renforcer la gouvernance territoriale de la protection de l'enfance en désignant le préfet de département comme interlocuteur du président du conseil départemental et comme coordonnateur des services de l'État sur le territoire (...) » (cité par B. Bonne, 2021, p. 139).

La récente loi Taquet du 7 février 2022 indique, dans son titre VI (articles 36 à 37) s'intitulant « Mieux piloter la protection de l'enfance » la création d'un nouveau groupement d'intérêt public « France enfance protégée » qui regroupe différentes instances nationales. Il est financé à parts égales par l'État et les départements et sa présidence est assurée par un président de conseil départemental (ONPE, 2022). La loi rétablit un article L. 121-10 du CASF soulignant la responsabilité de l'État en matière de coordination des acteurs publics et privés qui participent directement ou indirectement à cette politique : « l'État assure la coordination de ses missions avec celles exercées par les collectivités territoriales, notamment les départements, en matière de protection de l'enfance et veille à leur cohérence avec les autres politiques publiques, spécialement en matière de santé, d'éducation, de justice et de famille. Il promeut la coopération entre l'ensemble des administrations et des organismes qui participent à la protection de l'enfance » (cité par ONPE, 2022, p.54).

Le renforcement de la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance réside dans la coordination de l'ensemble des acteurs afin de mettre en commun des ressources au service des besoins des enfants et des familles et de prévenir les ruptures de parcours de prise en charge. Par son approche décroisée et intégrée, la mise en œuvre de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant peut représenter une opportunité pour renforcer d'une part la gouvernance nationale et d'autre part la gouvernance locale du système de prévention en protection de l'enfance.

1.4 L'opportunité d'une politique publique interministérielle « la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant »

1.4.1 Une opportunité pour renforcer la gouvernance nationale et locale

A. Un pilotage national décroisé

La stratégie nationale des 1000 premiers jours de l'enfant vise à penser et expérimenter une politique publique fondée autour des besoins des enfants et de leurs parents sur cette période charnière, par-delà les séparations de dispositifs, de financements et de compétences, « *amener les administrations, d'abord au niveau national, et puis aussi au niveau local, à avoir cette approche centrée sur*

les parents, centrée sur l'enfant et ses besoins et non pas structurée selon les dispositifs, les clivages, les financements » (Adjoint de la directrice du projet national des 1000 premiers jours de l'enfant).

Pour ce faire, l'animation opérationnelle du chantier est confiée à une direction de projet placée auprès du secrétariat général des ministères sociaux (SGMAS) (Direction interministérielle de la transformation publique). Cette dernière est composée d'une directrice de projet et d'un responsable adjoint qui assure le pilotage et l'animation du travail ministériel des 1000 premiers jours, « *La direction de projet elle est là en animation, coordination des actions menées par l'équipe projet* » (Adjoint de la directrice du projet national des 1000 premiers jours de l'enfant).

Pour la première fois dans le champ de la prévention en protection de l'enfance, des travaux communs interministériels ont vu le jour (SPF). Les directions du ministère des solidarités et de la santé sont mobilisées sur cette stratégie telle que la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la Direction de la sécurité sociale (DSS), l'ARS, la délégation pauvreté ou encore la délégation santé mentale ; avec, à leur côté, le soutien de Santé Publique France, la CNAF, la CNAM, la CCMSA, la Direction interministérielle de la transformation publique (DITP) et le Secrétariat général du comité interministériel du handicap (SGCIH). L'équipe projet du chantier des 1000 premiers jours est donc inter-directionnelle et inter-institutionnelle, « *Les 1000 premiers jours ce n'est pas une strate en plus. C'est un cadre qui regroupe et met en cohérence les actions qui sont portées par les différentes directions de l'administration centrale* » (Adjoint de la directrice du projet national des 1000 premiers jours de l'enfant). Cette équipe de travail regroupe des chefs de projet rattachés à leur administration. Ainsi, la direction de projet de la stratégie des 1000 premiers jours a pour mission de mobiliser une diversité d'acteurs déjà en poste au niveau national et de les amener à travailler ensemble, « *le travail de la direction de projet c'est de les faire ensemble avec cette dynamique partenariale* » (Adjoint de la directrice du projet national des 1000 premiers jours de l'enfant).

En l'occurrence, comme l'illustre le schéma 2 ci-dessous, cette conception de la politique publique reposant sur des travaux ministériels pluridisciplinaires mobilise une diversité d'acteurs au niveau régional et départemental afin de créer une dynamique partenariale au sein des territoires.

Schéma 2 : Cartographie des acteurs nationaux et territoriaux impliqués dans le déploiement de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant

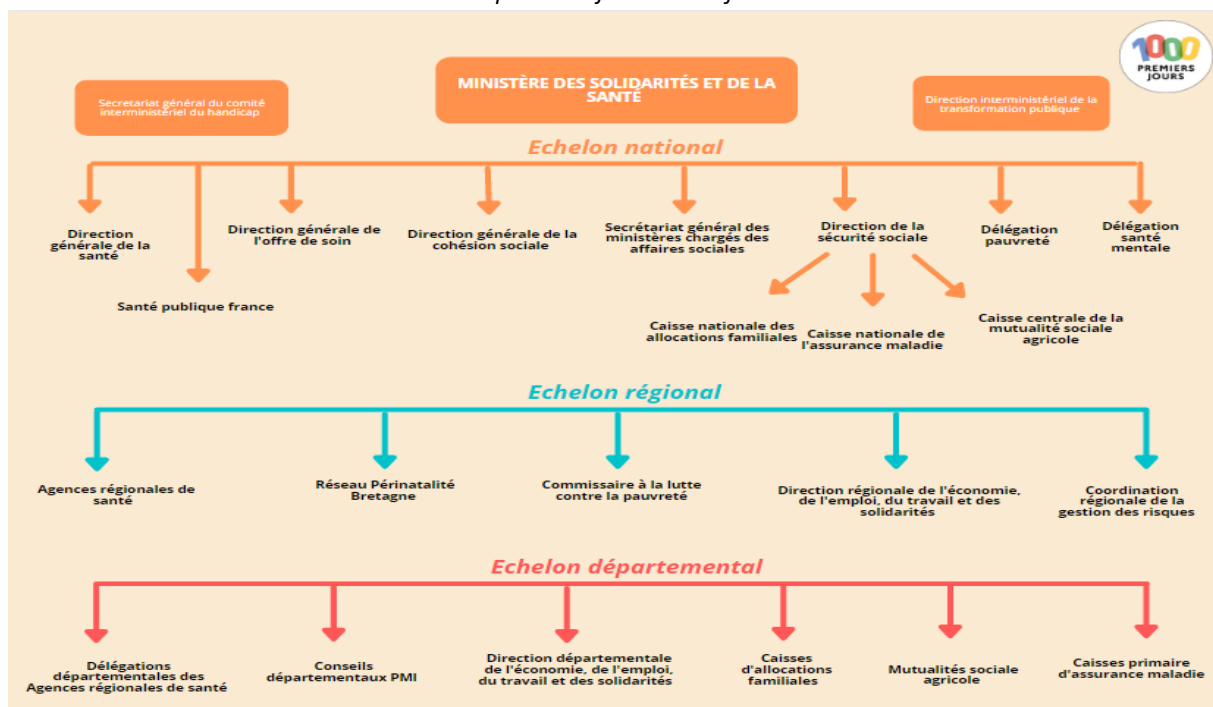


Schéma entièrement réalisé par l'auteur de ce mémoire

B. Priorité à la dynamique territoriale partenariale et décloisonnée

Les instructions relatives à la déclinaison de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant au niveau local, notamment celle de 2022, évoquent la nécessaire dynamique partenariale au sein des territoires autour de ce champ d'intervention, je cite : « Consolider la dynamique territoriale partenariale et décloisonnée » (Ministère des solidarités et de la santé, 2022). Ces feuilles de route proposent ainsi un ensemble de mesures, actions, dispositifs à mettre en place afin de répondre à cette priorité. En ce sens, une chargée de mission, animatrice territoriale de santé d'une délégation départementale de l'ARS illustre son rôle dans le cadre de cette stratégie : « *C'est effectivement les amener à se coordonner, repérer où il y a des manques* ».

En parallèle, la gouvernance du projet des 1000 jours met en place un comité partenarial, se réunissant deux fois par an. L'objectif est d'informer les partenaires du projet, soit l'ensemble des représentants des associations, organismes ou réseaux impliqués dans la maternité, la parentalité et la petite enfance de l'avancement du projet et de soutenir leur mobilisation autour de cette stratégie. Ce comité est aussi l'occasion de rendre visible la diversité des actions engagées sur le terrain par les différents acteurs. À ce jour, deux comités partenariaux ont été mis en place. Le dernier a fait intervenir de nombreux acteurs nationaux : le secrétaire d'état à l'enfance et aux familles, la directrice du projet des 1000 premiers jours et son adjoint ainsi qu'un cheffe de projet du sac des 1000 premiers jours (bébé box) au sein du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS), la cheffe de projet

1000 premiers jours de la DGS, la responsable du pôle enfance, jeunesse et parentalité à la CNAF, un conseiller petite enfance, logement et mobilité à la délégation interministérielle à la lutte contre la pauvreté. Il réunissait aussi les professionnels issus de divers organismes locaux tels que les conseils départementaux, les centres de périnatalité, les ARS, les CAF, les centres hospitaliers, les centres sociaux, les associations (UDAF...), les communautés d'agglomération.

La volonté de créer une dynamique partenariale au sein des territoires s'accompagne de la nécessité de renforcer la prévention dans la cadre de la protection de l'enfance.

1.4.2 Une opportunité pour renforcer le volet « prévention » de la protection de l'enfance

On observe, en France un intérêt grandissant autour de la prévention de manière générale. Le nouveau gouvernement semble vouloir mettre l'accent sur ces enjeux en apportant une nouvelle appellation au ministre des solidarités et de la santé, « Ministre de la santé et de la prévention ». Les travaux réalisés à l'issue de la commission des 1000 premiers jours de l'enfant, ouvrent la voie à la mise en place d'une stratégie, apportent la légitimité d'une politique publique de prévention et promotion de la santé, au sens large, c'est-à-dire ne se réduisant pas au domaine sanitaire. Cette dernière entend répondre au manquement des lois de 2007 et 2016 qui évoquent cette mission de prévention sans véritablement la définir, freinant la construction des politiques publiques locales. L'enjeu est de clarifier les approches conceptuelles concernant les actions relevant de la prévention, d'identifier les acteurs concernés et de définir comment ils peuvent se coordonner (V. Bouysse, S. Dupays, H. Lanouzière, B. Legrand-jung, F. Thomas, 2019). Ainsi, cette stratégie des 1000 premiers jours offre une feuille de route complète des enjeux de la prévention permettant à chacun des acteurs de s'en saisir (Sage-femme coordinatrice, Réseau Périnatalité Bretagne). Elle conforte une majorité d'intervenants dans leurs missions et légitime des actions qui ont déjà été mises en place.

Cette nouvelle approche est inspirée de la politique dite d'investissement social apparue à la fin des années 1990 en tant que principe de réforme des politiques sociales afin d'optimiser les dépenses publiques. Elle souligne « la nécessité d'intervenir le plus possible en amont des situations, en particulier dès la petite enfance, afin d'anticiper et de prévenir les risques sociaux [...] de lutter ainsi contre les inégalités lorsqu'elles se créent et avant qu'elles ne se creusent » (cité par Y. Boudjémaï, 2020, p.13). Elle consiste à préparer et accompagner les personnes dans leur parcours de vie, en investissant dès le départ dans leur développement, les 1000 premiers jours de la vie. La politique d'investissement social implique une articulation des niveaux de gouvernance nationale et territoriale afin de favoriser la transversalité des interventions publiques. La nécessité d'adapter les réponses

nationales aux réalités locales exige donc une répartition des responsabilités État/ département dans la politique de gestion des risques.

Ainsi, la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant mobilise très largement les directions adjointes prévention et promotion de la santé des ARS, se trouvant au carrefour des enjeux de cette politique publique. Bien que l'ARS Bretagne était déjà engagée en faveur de la santé périnatale et des enfants au titre des priorités définies dans le PRS 2, cette politique consolide son intervention en lui accordant de nouveaux moyens et en lui donnant une légitimité à porter la voix de la santé du jeune enfant et de ses parents auprès de l'ensemble des acteurs de la protection de l'enfance (Adjoint de la directrice du projet national des 1000 premiers jours de l'enfant). Une médecin départementale de PMI parle de son enthousiasme à travailler davantage avec l'ARS grâce à la promulgation de cette politique publique. À ce titre, elle attend de l'ARS qu'elle apporte une expertise sur les enjeux de santé publique en lien avec l'enfance afin d'améliorer les réponses du département. En parallèle, cette professionnelle met en avant la force de frappe politique des ARS afin de développer des moyens dans ce champ d'intervention et son rôle majeur de pilotage des politiques territoriales. Sur ce dernier point, elle aborde sa mission de contrôle des institutions afin de garantir une mobilisation de l'ensemble des conseils départementaux du territoire. Aussi, il est attendu que l'ARS puisse garantir une certaine équité départementale, en soutenant davantage les territoires les moins bien lotis.

Le changement de paradigme, mettant en avant le volet préventif de la protection de l'enfance, renforce la nécessité de créer une dynamique partenariale entre les acteurs. Ainsi, la complexité de ce système réside principalement dans le partage de responsabilités entre plusieurs acteurs, dont l'État et les départements. Néanmoins, le manque de coordination et d'interconnaissance, la persistance des disparités territoriales conduit à se questionner sur la gouvernance de cette politique. La promulgation de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant semble être une véritable opportunité pour répondre à ces enjeux. Cette politique de prévention renforce l'intervention des ARS, en leur donnant un rôle majeur, avec des moyens supplémentaires afin de créer une dynamique territoriale et partenariale des acteurs locaux.

2. La stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant positionne les ARS comme des acteurs majeurs dans la gouvernance territoriale de la prévention en protection de l'enfance

Le renforcement de la place des ARS dans le cadre de la prévention en protection de l'enfance peut se justifier par la pertinence de son territoire d'intervention à l'échelon régional. En tant que services déconcentrés, elles se situent au croisement des acteurs locaux et de l'État. Cette légitimité repose également sur leur approche holistique de la santé leur permettant d'agir sur les déterminants sociaux de la santé afin de lutter contre les inégalités dès le plus jeune âge. C'est pourquoi, la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant les dote d'un ensemble d'outils et moyens afin de soutenir la gouvernance partenariale des 1000 premiers jours de l'enfant dans les territoires.

2.1 La reconnaissance du rôle des ARS dans le cadre de la prévention en protection de l'enfance

2.1.1 Un positionnement géographique stratégique : la pertinence de l'échelon régional comme territoire d'intervention

La spécificité du système politique français est la verticalité de son fonctionnement, soit une organisation basée à partir de plusieurs niveaux d'intervention. Les politiques publiques relatives à l'enfance mobilisent à la fois le niveau national, régional, départemental et local. Dans cette organisation, on peut observer que chacun de ces niveaux d'intervention va avoir des relations uniquement avec le ou les niveaux les plus à proximité. On appelle « top down » cette dynamique descendante où les priorités émanent d'en haut pour être appliquées à chaque échelon par une autorité spécifique. À contrario, l'approche « bottom up » conduit plus à s'intéresser aux interdépendances entre acteurs relevant de différents niveaux dans un territoire donné (Geoconfluences, 2020).

Depuis plusieurs années, l'échelon régional s'est affirmé comme le niveau pertinent pour le pilotage de la politique de santé (F. Jabot, R. Demeulemeester, 2005). Ainsi, le siège de l'ARS occupe une place particulière. Il se situe entre le niveau national avec un secrétaire d'état chargé de l'enfance et des familles auprès du ministre des solidarités et de la santé, remplacé récemment par une secrétaire d'État à l'enfance auprès de la première ministre et le niveau départemental composé des délégations départementales de l'ARS. La particularité de cet échelon régional est donc de devoir se positionner entre les spécificités territoriales identifiées par les délégations départementales et les orientations nationales émanant du ministère. Ce niveau d'intervention place l'ARS dans un rôle de fonction de transmission qui peut être descendante en déclinant les orientations issues du niveau national vers le niveau local et/ou ascendante des besoins, attentes et initiatives du niveau local vers le niveau national ; une fonction d'animation en suscitant des actions, mobilisant et dynamisant des acteurs. Cela

nécessite d'assurer un pilotage pour sa mise en œuvre et de soutenir la coordination de l'ensemble des interventions. Enfin, la fonction support du niveau local à partir des délégations départementales de l'ARS permet l'accompagnement des acteurs de terrain et la valorisation de leurs actions (F. Jabot, R. Demeulemeester, 2005).

Aussi, la référente stratégie pauvreté du pôle cohésion sociale au sein du service hébergement, logement, inclusion sociale et protection des personnes de la DREETS évoque la pertinence d'intervenir à l'échelon régional. Ce dernier apporte une visibilité du territoire, au-delà des départements permettant d'identifier les éventuelles zones blanches. Ainsi, ce positionnement permet de repérer facilement des actions à mettre en œuvre pour pallier à ces disparités.

Au-delà de l'aspect géographique, les ARS, principaux acteurs de la prévention et promotion de la santé, se trouvent au carrefour des enjeux de la protection de l'enfance et à ce titre interviennent sur un ensemble de déterminants sociaux de la santé.

2.1.2 La prévention et promotion de la santé, au carrefour des enjeux de protection de l'enfance

A. Un engagement sur les déterminants sociaux de la santé...

La mise en place de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant émane d'une volonté de construire une politique publique de la petite enfance, jusqu'à l'âge de deux ou trois ans, privilégiant une approche de santé publique, globale, systémique, dans ses dimensions somatiques, psychologiques, environnementales et sociales. Sans constituer une politique de santé unifiée, elle porte une attention particulière aux déterminants sociaux (Cour des comptes, 2021).

En effet, si la santé dépend pour une part de l'accès aux dispositifs de soins curatifs et/ou de prévention, elle dépend également et très largement des multiples déterminants que sont l'environnement physique (exposome), les modes de vie (alimentation, activité physique, addiction), le capital psychosocial (éducation, compétences psychosociales acquises) ou socio-économique). Même s'il n'est pas toujours facile d'agir sur les différents déterminants en cause, du fait de la multiplicité des facteurs et de leurs interactions complexes, il est possible de les réduire. La période de la petite enfance est une fenêtre d'opportunité car les actions menées précocement permettent d'agir sur les racines des inégalités de santé avec des effets tout au long de la vie (Société française de santé publique, 2021).

L'ARS assurant le pilotage régional de la politique de santé, semble avoir une place majeure parmi l'ensemble des acteurs agissant en faveur de l'enfance. L'organisation interne de la direction adjointe prévention et promotion de la santé de l'ARS Bretagne se compose d'une référente santé périnatale, d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes au siège. L'enjeu sur ces tranches d'âge est de renforcer

les compétences psychosociales des enfants et aussi de promouvoir à la fois des comportements favorables à la santé et des environnements protecteurs et propices au bon développement des enfants. Il s'agit également de consolider et d'accompagner les compétences parentales. Ainsi, cette direction adjointe soutient des actions agissant sur de multiples déterminants sociaux de la santé tels que la parentalité, l'environnement chimique, l'alimentation ou encore les addictions afin d'améliorer l'état de santé de cette population et lutter contre les inégalités sociales de santé.

B. ... nécessitant une gouvernance intersectorielle

Prendre en compte l'ensemble des déterminants nécessite la mise en place à tous les échelons d'une gouvernance intersectorielle. Les multiples liens entre protection de l'enfance et d'autres domaines ministériels font que la politique de prévention doit, dans sa dimension de prévention universelle, infuser dans toutes les politiques publiques (Société française de santé publique, 2021).

La particularité de la nouvelle secrétaire d'état chargée de l'enfance, Charlotte Caubel, repose sur son positionnement auprès de la première ministre, à la différence de l'ancien secrétaire d'État chargé de l'enfance et des familles, Adrien Taquet, placé auprès du ministre des solidarités et de la santé. Cette position stratégique lui permet d'animer et coordonner l'ensemble des actions des ministres en lien avec le champ de l'enfance.

Le projet stratégique 2017-2019 de la direction générale de la santé, soutient une approche intersectorielle entre les acteurs institutionnels afin de faciliter la convergence des politiques publiques dont l'enjeu est de répondre aux besoins de prévention, de soin et d'accompagnement social (FNES, 2019). La notion d'intersectorialité renvoie aux « actions entreprises par d'autres secteurs que celui de la santé, en collaboration ou pas avec le secteur de la santé, qui visent des résultats de santé ou d'équité en santé ou ciblent des déterminants de la santé ou de l'équité en santé » (cité par FNES, 2019, p.1). L'approche intersectorielle des politiques publiques, tient compte des conséquences des décisions sur la santé et recherche des synergies entre les politiques afin d'améliorer la santé de la population et de favoriser l'équité en santé (FNES, 2019).

La promotion de la santé, au cœur de la mission des ARS est une démarche intersectorielle, située au croisement de plusieurs secteurs et vise à agir sur une variété de déterminants de la santé, au niveau des politiques publiques, des milieux de vie, des communautés, des aptitudes individuelles ou du système de santé (FNES, 2019). Ainsi, les interventions pour réduire les inégalités sociales de santé doivent être réalisées dans le cadre de partenariat très large. L'ARS toute seule même avec des compétences élargies n'aura qu'une action limitée. Il est donc nécessaire de susciter une mobilisation de

l'ensemble des acteurs de proximité dont les professionnels de santé mais également ceux de l'intervention sociale, les collectivités territoriales, les différents acteurs de la protection sociale ou encore les associations (C. Évin, L. Chambaud, 2012).

2.1.3 Un positionnement fort de l'ARS Bretagne sur la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant

La thématique de l'enfance étant transversale, dans le cadre de la stratégie des 1000 premiers jours, une équipe projet s'est constituée regroupant la référente périnatalité de la direction adjointe prévention et promotion de la santé et une médecin conseillère au sein de la direction adjointe hospitalisation du siège de l'ARS Bretagne ; l'une sur le volet préventif, l'autre sur le volet sanitaire et hospitalier. Aussi, une des priorités majeures de cette politique porte sur la santé environnementale. L'équipe projet intègre donc également un ingénieur sanitaire de la direction adjointe santé environnement. Plus ponctuellement, sont mobilisés la direction adjointe de l'autonomie, la direction adjointe de l'innovation en santé ou encore le département PRS pilotage et statistique. L'équipe projet du siège travaille avec les référents prévention des délégations départementales de l'ARS au plus près des populations. Au sein des départements, ils déclinent localement la stratégie régionale de santé et constituent l'interface entre le niveau régional et les acteurs locaux. Concernant la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant, le siège de l'ARS est compétent dans la dimension stratégique de cette politique et à ce titre identifie les différents enjeux territoriaux. Il s'agit également d'outiller et d'apporter des éléments de stratégie au niveau départemental pour assurer la déclinaison concrète des mesures prévues dans le cadre du chantier des 1000 premiers jours de l'enfant. Les référents des délégations départementales pourront ainsi accompagner les opérateurs dans la mise en œuvre de leurs projets et adopter un rôle de coordinateur des interventions territoriales (Adjoint de la directrice du projet national des 1000 premiers jours de l'enfant).

Ce positionnement renforcé de l'ARS Bretagne dans le cadre de la prévention en protection de l'enfance s'accompagne de leviers mis à leur disposition par la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant afin de conforter une dynamique territoriale et partenariale des acteurs locaux.

2.2 Des leviers mis à disposition des ARS pour soutenir une gouvernance partenariale des acteurs locaux autour des 1000 premiers jours de l'enfant

2.2.1 La contractualisation ARS/préfet/département, un outil partenarial entre les départements et l'État

A. Un réinvestissement de l'État dans le pilotage national et local de la protection de l'enfance

La stratégie nationale des 1000 premiers jours de l'enfant s'accompagne d'une stratégie nationale de prévention et protection de l'enfance 2020-2022. Cette dernière s'inscrit dans la continuité du plan « priorité prévention » qui a fait des 1000 premiers jours un axe phare de la politique de santé (A. Bazin, E. Bocquet, 2022). Portée par le secrétaire d'État en charge de l'enfance et des familles auprès du ministre des solidarités et de la santé, son déploiement opérationnel est piloté par la DGCS et la DGS s'agissant de son volet « prévention en santé ».

La stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance (2020-2022) prend acte de la faiblesse stratégique de l'État et d'un déficit de cohérence dans sa politique de gouvernance. En ce sens, il doit être en mesure de garantir l'égalité de traitement des enfants protégés sur le territoire et assurer la coordination de ses services déconcentrés (Y. Boudjémaï, 2020). Il s'agit spécifiquement de renforcer le partenariat entre l'État et les départements. Ainsi, un contrat d'engagement mutuel entre les ARS, les préfets et les départements vise à transformer la manière de conduire les politiques publiques. L'État s'engage à allouer des moyens aux départements en fonction de leurs objectifs, définis à la suite d'un diagnostic territorial réalisé dans le cadre d'un dialogue avec les autres collectivités locales, les associations et les représentants des personnes concernées, qui seront évalués chaque année (CNAPE, 2020). Trois sources de financement sont mobilisées au titre de ces contrats : le budget de l'État (programme 304), le fonds d'intervention régionale (FIR) et l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social.

Ces contrats doivent répondre obligatoirement à des objectifs fondamentaux et peuvent comporter des objectifs facultatifs répondant aux 4 axes de la stratégie : prévention précoce, sécurisation des parcours et prévention des ruptures, participation des enfants et accès aux droits, sécurisation de l'avenir des jeunes majeurs. Ces objectifs doivent être assortis d'indicateurs chiffrés (CNAPE, 2020). Aussi, chaque projet doit faire l'objet d'une fiche action précisant le public, les acteurs concernés, le calendrier et les moyens alloués. Pour élaborer et suivre ces contrats, une instance tripartite doit être mise en place associant les commissaires à la lutte contre la pauvreté. Un bilan annuel élaboré par le

département et partagé avec le préfet et l'ARS doit être arrêté chaque année et présenté pour avis à l'ODPE avant son adoption (CNAPE, 2020).

Ainsi cette démarche vise à renforcer l'implication des services de l'État et la coordination des acteurs de divers secteurs professionnels, autour d'objectifs définis au niveau national et accompagnés dans leur déploiement territorial, en appui de l'engagement des départementaux. À ce jour, en Bretagne, l'ensemble des conseils départementaux ont contractualisé avec l'ARS et le préfet.

B. Un axe fort consacré au volet préventif de la protection de l'enfance

La stratégie de prévention et protection de l'enfance s'engage à sortir de la tension entre prévention et protection en intégrant ce premier terme dans l'intitulé générique du texte. Elle part du constat de la faiblesse de la prévention primaire visant à réduire les inégalités sociales et de santé dès le plus jeune âge et du manque de coordination dans les réponses aux besoins des familles (Y. Boudjémaï, 2020).

C. Un outil pouvant être mobilisé dans le cadre de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant

Cette contractualisation retenue dans le cadre de la stratégie de prévention et protection de l'enfance 2020-2022 n'est pas un outil spécifique à la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant. Néanmoins, elle vise aussi à renforcer et soutenir l'action des PMI. En parallèle, elle permet de porter une dynamique locale et le développement d'une offre de service intégrée. C'est pourquoi, la contractualisation est un outil potentiel pour accompagner la territorialisation de la politique des 1000 premiers jours de l'enfant, aux mains des ARS et des préfets (Adjoint de la directrice du projet national des 1000 premiers jours de l'enfant). Dans ce cadre, il est demandé à chaque département de s'engager sur des objectifs obligatoires et facultatifs. Parmi ceux-ci, on en distingue 6 répondant aux ambitions de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant dans le champ de compétence des ARS (Ministère des solidarités et de la santé, 2022).

- Atteindre à l'horizon 2022 un taux de couverture par la PMI d'au moins 20% des EPP au niveau national

Par exemple, pour répondre à ce premier axe, dont l'objectif est d'accroître l'effectivité de l'entretien prénatal précoce, l'ARS Bretagne mobilise son fonds d'intervention régional pour permettre aux PMI des conseils départementaux de la région de recruter des sages-femmes et ainsi d'augmenter leur capacité à réaliser les entretiens.

- Doubler au niveau national le nombre de visites à domicile pré et postnatales réalisées par des sages-femmes de PMI en faveur des familles vulnérables
- Permettre qu'à l'horizon 2022, au niveau national, au moins 15% des enfants bénéficient de l'intervention à domicile d'infirmières puéricultrices de la PMI en particulier jusqu'aux deux ans de l'enfant en faveur des familles vulnérables.
- Permettre qu'à l'horizon 2022, au niveau national, au moins 20% des enfants bénéficient de consultations infantiles en PMI correspondant à des examens de santé obligatoires du jeune enfant, en particulier pour les enfants jusqu'à deux ans.
- Soutenir les actions innovantes en PMI en matière de santé publique
- Réaliser un projet innovant

Pour répondre à ces objectifs, un autre exemple est le déploiement d'un programme probant PANJO en Bretagne porté par Santé publique France et l'ARS, inscrit dans cette contractualisation.

La qualité de la relation entre le parent et le nouveau-né est déterminante pour le développement à venir et la santé future de ce dernier. Les inégalités des conditions de vie vont de pair avec les inégalités de chance. Par ce constat, Santé publique France a élaboré et expérimenté le projet PANJO à destination des futurs parents en situation de vulnérabilité qui favorise la création de liens sécurisants avec le bébé. Il s'agit de soutenir les parents du début de grossesse aux 12 mois de l'enfant lors de visites à domicile (6 à 12 visites) par des infirmières puéricultrices de PMI, bénéficiant d'un dispositif spécifique d'harmonisation des pratiques (formation PANJO, référentiel d'intervention et supervisions) et d'outils élaborés (Santé publique France, 2021).

Le programme PANJO se structure en 3 étapes. La première phase 2014-2015 mise en œuvre par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) avait pour objectif de créer et tester l'acceptabilité de l'intervention PANJO auprès des professionnels de PMI et des familles bénéficiaires de trois départements. Lors de la deuxième phase, il s'agissait d'évaluer la pertinence des stratégies d'implantation de cette intervention et d'en mesurer son efficacité. Cela s'est fait à travers une convention de recherche avec l'Agence des nouvelles interventions sociales et de santé (ANISS) sur la période 2016-2019. Enfin, pour les années 2020 à 2023, il s'agit de mettre en place le test de déploiement du programme. L'enjeu est de déployer PANJO à grande échelle et de façon pérenne en trouvant des modalités de partenariats départements, ARS et Santé Publique France (Santé publique France, 2021).

En Bretagne, le déploiement du programme PANJO s'est fait à l'initiative de l'ARS et a été proposé aux 4 conseils départementaux du territoire dans le cadre de la contractualisation ARS/préfet/ département de la stratégie de prévention et protection de l'enfance. L'émergence de ce programme a contribué à soutenir une dynamique partenariale. Effectivement, le comité de pilotage (COPIL) de PANJO a été l'occasion de réunir les différents acteurs dont le Réseau Périnatalité Bretagne qui va pouvoir diffuser l'ensemble de ces informations auprès des autres partenaires. Ce projet a été reçu très favorablement par les acteurs des PMI. Par exemple, dans un département, la médecin chef de la PMI en a fait un axe majeur de son service. Ce programme est une réelle opportunité pour ces acteurs selon la responsable du pôle prévention et promotion de la santé d'une délégation départementale de l'ARS , *« honnêtement, ça a été aussi une opportunité pour donner du sens à leurs actions. Parce que la PMI en tout cas sur le département * était en souffrance hein, depuis 2-3 ans »*. La PMI d'un autre conseil départemental affirme que PANJO a contribué à renforcer les liens notamment avec les professionnels de la santé mentale. Enfin, l'initiative de l'ARS Bretagne a permis de développer et/ou de renforcer les liens avec les conseils départementaux.

2.2.2 Des moyens supplémentaires dédiés au parcours des 1000 premiers jours de l'enfant

La feuille de route de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant s'appuie sur des modalités de déploiement territorial définies par instructions et bénéficie de financements fléchés. Ces instructions 2021 et 2022 prévoient des moyens financiers supplémentaires aux l'ARS sur leur FIR afin de renforcer des dispositifs existants, d'engager des expérimentations et déployer des projets ciblés. Il s'agit de répondre principalement aux deux premiers axes du chantier national des 1000 jours (**Annexe 4**). Dans ce cadre, l'ARS exerce un rôle de soutien à la mise en œuvre des projets menés par les opérateurs, assure leur suivi et leur évaluation.

A. L'appui du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ARS/ Réseau Périnatalité Bretagne pour renforcer le parcours des 1000 premiers jours de l'enfant

Le premier axe d'intervention du chantier national des 1000 premiers jours de l'enfant consiste au renforcement du parcours de l'enfant sur cette période. Ce premier objectif, qui se traduit par la promotion de l'entretien prénatal précoce et l'entretien post-natal d'une part et le renforcement des staffs médico-psycho-sociaux d'autre part, est permis par la contractualisation pluriannuelle d'objectifs et de moyens entre l'ARS et le Réseau Périnatalité Bretagne.

Les réseaux de santé en périnatalité sont des structures de coordination en amont et en aval de la naissance. Cette mission s'exerce auprès des acteurs intervenant dans ce champ au bénéfice des femmes enceintes, des parents et des enfants. Ils sont constitués d'un ensemble d'établissements ayant signé une convention constitutive : établissements de santé avec maternité, établissements de

santé avec un service de néonatalogie, établissements de santé mentale, les PMI des conseils départementaux, les professionnels libéraux, les associations... Des groupes de travail sont ainsi organisés par le réseau portant sur de nombreuses thématiques (allaitement maternel, vulnérabilité, exposition chimique et toxique...) dont l'objectif est de favoriser le partage d'expériences, de cibler des actions prioritaires et plus globalement d'améliorer les pratiques professionnelles en cohérence avec la politique de santé périnatale, nationale et régionale, « *la force que doit avoir le réseau, c'est de favoriser la pluridisciplinarité, c'est de faire en sorte que les gens travaillent ensemble, se connaissent* » (Sage-femme coordinatrice, Réseau Périnatalité Bretagne).

La circulaire parue le 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional, demande aux ARS de contractualiser avec ces derniers afin de prendre en compte les spécificités de chaque territoire et de garantir que l'ensemble des réseaux intervient sur un périmètre de missions homogènes. Pour ce faire, cette contractualisation peut prendre la forme d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), assorti d'indicateurs d'activité et financiers pour l'attribution de crédits du FIR. C'est pourquoi, le réseau périnatalité Bretagne est en soutien à la politique de l'ARS et leur relation est définie dans le cadre d'un CPOM (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2015).

Au titre de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant, le réseau de santé périnatalité de Bretagne occupe une place majeure. D'une part, le chantier 1000 jours prévoit de promouvoir **l'entretien prénatal précoce** qui est un moment d'écoute active instauré par la loi sur la protection de l'enfance de 2007. Ce dernier doit être proposé systématiquement à la femme enceinte et peut être réalisé dès la déclaration de grossesse, généralement au cours du 4^{ième} mois. Cet entretien réalisé à la maternité, en cabinet libéral, en consultation de PMI, à domicile ou encore en établissement de santé a pour objectif d'apprécier la santé globale des parents et du jeune enfant, de repérer les situations de vulnérabilité, d'identifier les besoins d'information et les éventuelles difficultés des familles. Devenu obligatoire depuis 2020, il est pris en charge dans sa totalité par l'assurance maladie (Ministère des solidarités et de la santé, 2021). L'instruction relative à la déclinaison régionale de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant 2021 indique la nécessité d'améliorer l'information et la sensibilisation des parents et/ou futurs parents et professionnels de santé sur cet entretien afin d'harmoniser les pratiques principalement dans le repérage des vulnérabilités et l'orientation éventuelle mise en place. En parallèle, l'instruction relative à la déclinaison régionale de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant 2022 annonce la **promotion de l'entretien postnatal**, devenu obligatoire au 1^{er} juillet 2022. Introduit par l'article 86 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2022, cet entretien vise notamment à repérer les premiers signes de la dépression du post-partum ou les facteurs de risques y concourant, à évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement

et à les orienter vers les prises en charge nécessaires (Ministère des solidarités et de la santé, 2022). Ainsi, l'ARS Bretagne confie au réseau périnatalité de son territoire la formation des professionnels de périnatalité de la région à ces deux entretiens.

D'autre part, le chantier gouvernemental des 1000 premiers jours de l'enfant prévoit de systématiser la visite à domicile après accouchement et de développer l'accompagnement à domicile des parents en situation de vulnérabilité pour s'assurer du bon développement de l'enfant et du lien parent-enfant. Afin d'apporter un soutien adapté à l'issue de l'hospitalisation, les **staffs médico-psycho-sociaux** des maternités mobilisant des équipes pluridisciplinaires ont vocation, durant le séjour de la maman à évaluer le niveau de besoin d'accompagnement des familles à domicile dans le champ médical, psychologique ou social et organiser le relais avec les acteurs de l'accompagnement, notamment les services de PMI (Ministère des solidarités et de la santé, 2021). Ces staffs médico-psycho-sociaux sont financés par des MIG sur la base de fonds nationaux en médecine chirurgie obstétrique. Ces crédits sont ensuite fléchés vers les ARS qui répartissent les moyens au niveau des différents établissements sur leur territoire. Depuis janvier 2022, dans le cadre de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant, la création d'une 2^{ème} Mission d'intérêt général (MIG) a pour mission de renforcer ces staffs dans leur triple composante de compétences médicales, sociales et psychologiques. La particularité du territoire Breton est de disposer dans l'ensemble de ces maternités de staffs médico-psycho-sociaux qui se réunissent de façon régulière. C'est pourquoi, l'ARS Bretagne confie au réseau périnatalité le recrutement d'animateurs coordinateurs départementaux de ces staffs assurant le suivi des situations jusqu'aux deux mois après la naissance.

L'ensemble de ces mesures confiées aux ARS et mis en place par le réseau périnatalité Bretagne pour renforcer les dispositifs existants a pour finalité de créer du lien entre les différents acteurs afin d'assurer une prise en charge précoce, continue et intégrée des familles, *« le renforcement des staffs médico-psycho-sociaux des maternités, justement c'est ce qui permet de créer du lien entre les différents acteurs »* (Adjoint de la directrice du projet national des 1000 premiers jours de l'enfant).

B. Le déploiement d'expérimentations territoriales

En parallèle, le deuxième axe du chantier national des 1000 jours repose sur la déclinaison du parcours pour des situations de fragilité. Dans ce cadre, l'instruction 1000 jours 2021 annonce la nécessité **d'améliorer la prévention de la prématurité, de l'accompagnement des enfants nés prématurés et de leurs parents** pendant les premières années. Il s'agit de renforcer la formation des professionnels en matière de soins, d'améliorer la prise en charge à domicile et de soutenir les initiatives facilitant un parcours de soins précoces et coordonnés (Ministère des solidarités et de la santé, 2021).

Cet objectif passe par la création d'un nouveau cadre réglementaire de l'hospitalisation à domicile (HAD) qui devient une activité de soins autorisée à part entière pour la période du retour à domicile des plus fragiles avec notamment une mention spécialisée pour la prise en charge des enfants de moins de 3 ans (Ministère des solidarités et de la santé, 2021). L'instruction de 2022 portant sur la déclinaison régionale de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfance annonce la mise en place de cette expérimentation de la réalisation de soins de néonatalogie au domicile des nouveaux nés par les structures autorisées. Un appel à projet national permettra d'identifier les établissements de santé qui pourront participer à ce projet. D'une durée de trois ans, elle concernera 10 équipes et fera l'objet d'une évaluation afin d'envisager l'intérêt éventuel de sa généralisation. Puis, dès son autorisation, une expérimentation dans 3 régions doit permettre de développer un parcours de soins précoces et coordonnés du nouveau-né vulnérable en lien étroit avec les plateformes de coordination et d'orientation pour suspicion de troubles du neurodéveloppement (Ministère des solidarités et de la santé, 2022).

Bien que l'ARS Bretagne ne fasse pas partie des régions d'expérimentations, elle avait publié en 2019, un appel à manifestation d'intérêt (AMI) relatif à la préfiguration de plateformes d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neuro développement (TND). Cette mesure est inscrite dans la stratégie pour l'autisme au sein des troubles du neuro développement 2018-2022. La loi de financement de la sécurité sociale engage la construction d'un parcours de soins coordonné, sécurisé et fluide, dès le repérage d'un développement inhabituel permettant l'accompagnement des enfants et la réalisation d'un diagnostic le plus précocement possible. La prise en charge financière du parcours se traduit par un forfait intervention précoce perçu par les professionnels libéraux contribuant au diagnostic fonctionnel et nosographique (CRAB). Ces plateformes ont pour mission de concourir à l'évolution des structures de deuxième ligne chargées de l'accueil, du diagnostic et de la prise en charge des enfants avec des TND. Ainsi, en Bretagne 4 plateformes d'orientation et de coordination TND ont été créés en 2020, soit une par département. À titre illustratif, celle d'Ille-et-Vilaine est le fruit d'un travail de collaboration entre les associations gestionnaires des Centres d'action médico-social précoce (CAMSP) polyvalents du bassin rennais en partenariat avec le Centre hospitalier Guillaume Rénier (CHGR). Ce copartage réside dans la mutualisation des compétences dans la conduite de bilans et d'interventions de niveau 2 pour les enfants avec troubles du neurodéveloppement (CRAB).

Aussi, l'instruction relative à la déclinaison régionale de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant 2021, prévoyait la mise en place **d'un service et d'un suivi adaptés aux parents en situation de handicap tout le long du parcours des 1000 premiers jours.**

Le chantier des 1000 premiers jours de l'enfant annonce le déploiement au niveau régional de dispositifs d'accompagnement à la périnatalité et à la parentalité des personnes en situation de handicap. Ces derniers constituent des lieux ressources sur la parentalité des personnes en situation de handicap, pour les parents et/ou futurs parents, leurs aidants et les professionnels qui les accompagnent. Ils sont expérimentés par 7 ARS volontaires au sein de 5 régions : Île-de-France, Grand Est, Centre-Val de Loire, Corse, Guyane, Nouvelle-Aquitaine, Hauts-de-France (Ministère des solidarités et de la santé, 2021). Puis, l'instruction de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant 2022 prévoit que ces services d'accompagnement à la périnatalité et à la parentalité pour les parents en situation de handicap seront généralisés sur l'ensemble des régions (Ministère des solidarités et de la santé, 2022)

Pour cela, la DGCS a défini une instruction le 14 mai 2021 relative à la diffusion du cahier des charges national de ces dispositifs. Cet outil sert de base à l'appel à candidature porté par les ARS pour la création de ces dispositifs d'accompagnement à la périnatalité et à la parentalité des personnes en situation de handicap. L'instruction mentionne que ces dispositifs devront porter une attention particulière aux interventions pendant les 1000 premiers jours de l'enfant. L'enjeu est d'inscrire leur action dans la dynamique et l'articulation des mesures du chantier des 1000 jours : parcours périnatalité, promotion des messages de santé publique, généralisation de l'entretien prénatal précoce, mise en place d'un référent parcours périnatalité (REPAP)... Elle met également en avant la nécessité d'agir en coopération étroite, avec les dispositifs de droit commun afin de créer une dynamique territoriale et une mise en relation des acteurs pour co-construire des actions. Dans ce même objectif, le porteur de projet doit être en capacité d'assurer une gouvernance plurielle du dispositif et pour cela identifier et décrire la manière dont les acteurs seront associés et impliqués dans le dispositif (Direction générale de la cohésion sociale, 2021).

Bien que l'ARS Bretagne ne soit également pas expérimentatrice de ces dispositifs, elle s'est engagée à déployer au niveau régional un centre de ressources « vie intime, affective, sexuelle et soutien à la parentalité des personnes en situation de handicap » au titre des mesures du Grenelle de lutte contre les violences conjugales en septembre 2019, du comité interministériel du handicap en décembre 2019 ainsi qu'en déclinaison de la stratégie nationale de santé et la stratégie de soutien à la parentalité « Dessine-moi un parent ». Ces centres ressources régionaux recensent, informent, mutualisent et réunissent les acteurs et les outils dans une dynamique de partenariat. À ce titre, les centres ont pour mission, notamment, de coordonner et de créer des interactions entre l'ensemble des acteurs du territoire. Il s'agit aussi de développer des actions inclusives « à caractère préventif, évaluatif et éducatif à destination principalement des personnes handicapées » (cité par FEHAP, 2021).

Ainsi, une instruction du 15 octobre 2020 de la DGCS, du ministère des solidarités et de la santé propose un cahier des charges de ces structures qui a servi de base aux appels à candidatures lancés au

cours de l'année 2021 à destination des acteurs du secteur sanitaire, médico-social ou associatif intervenant dans le domaine de la vie affective, intime, sexuelle (VAIS) et du soutien à la parentalité (FEHAP, 2021). Dans ce cadre, l'ARS Bretagne finance le réseau Breizh PC / BPC Handicap à hauteur de 55 000 euros pour qu'il constitue ce centre de ressources et d'expertise régionale « Vie affective, intime, sexuelle et handicap ». Un premier point d'étape a eu lieu en mars 2022 entre ces deux acteurs. Ces échanges ont permis d'identifier et de formaliser l'ensemble des actions préalables à la mise en œuvre de ce dispositif afin de garantir son efficacité. Par exemple, a été évoqué la nécessité que ce pôle ressource établisse un état des lieux et une interconnaissance entre les acteurs du territoire sur le champ de la VAIS. La question de la gouvernance doit également être travaillée en s'appuyant sur le cahier des charges national pour une installation au début du 2nd semestre.

C. Le déploiement de dispositifs ciblés

L'instruction relative à la déclinaison régionale de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant 2021 avait aussi énoncé la nécessité de renforcer **l'accompagnement des parents souffrant de troubles psychiques afin de permettre une identification plus précoce et une prise en charge adaptée et ainsi d'éviter l'apparition de troubles sévères chez les parents ou chez les enfants.**

Puisque le renforcement des ressources allouées à la psychiatrie périnatale de l'enfant et de l'adolescent est une priorité gouvernementale, la feuille de route santé mentale et psychiatrie attribue des crédits nouveaux aux ARS à hauteur de 20 millions d'euros par an en 2019, 2020 et 2021 pour financer des projets de renforcement de l'offre de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Par ailleurs, des mesures 1000 jours pour la mise en œuvre de projets en psychiatrie périnatale depuis 2021 sont mises en œuvre à hauteur de 10 millions d'euros par an (Ministère des solidarités et de la santé, 2021).

Une instruction de la DGOS du 6 juillet 2021 relative aux modalités d'attribution des mesures nouvelles en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour l'année 2021 ainsi que des mesures de la feuille de route « 1000 jours » en psychiatrie périnatale demande aux ARS de faire remonter des projets opérationnels de création, renforcement ou transformation de l'offre de psychiatrie périnatale de l'enfant et de l'adolescent qui pourraient bénéficier d'un accompagnement financier. Les projets remontés viseront à garantir une prise en charge graduée dans le cadre d'un parcours de soins coordonné sur la base d'une répartition territoriale de l'offre permettant de couvrir l'ensemble des besoins (Ministère des solidarités et de la santé, 2021).

Plus spécifiquement au volet de la psychiatrie périnatale, le renforcement de la prévention et de la prise en charge dans les premiers temps de la vie de l'enfant passe par le développement de dispositifs dédiés. Cet appel à projet cible la création de 15 à 20 équipes mobiles pour un montant de 5 millions d'euros et 5 à 10 unités de soins conjoints parents bébés en hospitalisation de jour ou temps plein

pour un montant de 5 millions d'euros. Ces projets devront prendre en compte notamment les enjeux de coordination avec la pédiatrie, les PMI et les maternités ainsi qu'avec les dispositifs de repérage des publics vulnérables (Ministère des solidarités et de la santé, 2021).

En Bretagne, dans le cadre de l'appel à projet relatif aux 1000 jours en psychiatrie périnatale en 2021, une unité d'hospitalisation psychiatrique régionale mère bébé de 5 lits a été mise en place, portée par les centres hospitaliers et universitaires (CHU) de Brest et de Rennes. L'objectif est d'offrir aux unités de périnatalité régionales la possibilité d'hospitaliser à Rennes les patientes présentant les troubles les plus sévères. L'unité prend en compte la santé psychique des mères et des nourrissons entrant dans ce parcours de la conception jusqu'au 1 an de l'enfant. Le projet est partenarial et a vocation à construire un parcours de soin cohérent et articulé. Ce réseau associe en première ligne un réseau médico-social périnatal étendu : staffs médico-psycho-sociaux hebdomadaires dans les maternités associant les représentants du département (PMI, protection de l'enfance) , staffs à la demande dans les unités de néonatalogie, psychologues détaché(e)s dans les maternités et dans les services de néonatalogie, services sociaux départementaux et plusieurs unités psychiatriques ambulatoires de périnatalité (consultation, liaison et ambulatoire). Cette dernière s'est accompagnée de 3 équipes mobiles psychiatriques périnatales en 2022 dans le Finistère, Saint-Brieuc/Lamballe, Vannes. Cet appel à projet sera reconduit par les ARS en 2022.

2.2.3 Le déploiement d'expérimentations nationales article 51

Mais encore, l'instruction 2021 portant sur la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant comporte trois expérimentations majeures au titre de l'article 51 : le sac des 1000 premiers jours ; les groupes de parents expérimentés par les CAF dans le cadre du « parcours naissance » en lien avec les CPAM et le REPAP. À terme, l'évaluation des expérimentations permettra d'éclairer de possibles décisions de pérennisation et de financement (Ministère de la santé et de la prévention, 2022).

Introduit par la loi de financement de la Sécurité sociale en 2018, l'« article 51 » est un dispositif qui permet d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits. Ces dernières ont l'intérêt de contribuer à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé. Par ce dispositif, il s'agit de tester de nouvelles approches puisqu'il permet de déroger à de nombreuses règles de financement de droit commun applicables en ville comme en établissement hospitalier et médico-social (ARS Île-de-France).

Par exemple, l'expérimentation du REPAP, portée par la DGS, a pour objectif d'améliorer la santé globale des femmes et des enfants en permettant un accompagnement continu du parcours de la grossesse au post-partum, jusqu'aux trois mois de l'enfant en coordination avec l'ensemble des professionnels intervenant en période périnatale. Ce dispositif contribue à limiter les ruptures de suivi dans la prise en charge des familles notamment pour celles qui présentent des facteurs de risques et/ou de vulnérabilités. Il s'agit de construire un parcours cohérent, décloisonné et coordonné construit autour des besoins de la femme, de l'enfant et du couple (Ministère des solidarités et de la santé, 2021). L'expérimentation repose sur un mode de financement mixte du parcours fondé sur un forfait socle, par femme accompagnée, lorsque la grossesse ne présente pas de difficulté particulière. Un complément additionnel vient s'ajouter dans le cas où le parcours de la femme est renforcé et nécessite un accompagnement plus important (Ministère des solidarités et de la santé, 2021).

En lien avec l'équipe nationale article 51 et les ARS, 4 territoires volontaires participent à cette expérimentation d'une durée de 18 mois : le territoire de la CPTS Centre Essonne en Île de France, le territoire Pays Loire Touraine en Centre-Val de Loire, la Drôme en Auvergne Rhône-Alpes et la Guyane. À titre illustratif, la région Centre Val De Loire a été sollicitée car elle présentait déjà une dynamique territoriale en Loire Touraine autour des 1000 premiers jours de l'enfant. En effet, un collectif d'acteurs (CLS, CAF, CPTS, PMI, CD, REAAP, CHU d'Amboise...) avait élaboré un projet dont un des volets portait sur la mise en place de référents parcours périnatalité sur le territoire. Cette expérimentation portée par la DGS a été une opportunité pour ce collectif de déployer ce dispositif tout en s'adaptant au cahier des charges définit au national (Docteure, conseillère médicale au sein de la direction de l'offre sanitaire, ARS Centre-Val de Loire).

Le profil du REPAP, interlocuteur privilégié des futurs parents assurant la coordination du parcours grossesse naissance, varie selon les caractéristiques des territoires. Par exemple, la spécificité du territoire Loire Touraine est d'avoir à disposition de nombreuses sages-femmes dont certaines sont devenues REPAP. À contrario, les besoins repérés en Guyane, où très peu de sages-femmes sont en exercice, conduisent les travailleurs sociaux à s'engager dans cette fonction (Docteure, conseillère médicale au sein de la direction de l'offre sanitaire, ARS Centre-Val de Loire).

La gouvernance de l'expérimentation est assurée par la création d'un comité opérationnel, constitué du pilote et des partenaires territoriaux du projet : le porteur national du projet soit la DGS, un référent national article 51, un représentant des ARS des 4 territoires partenaires, un représentant des structures chargées de l'animation territoriale sur les 4 territoires, un responsable de l'évaluation et les autres partenaires impliqués (Ministère des solidarités et de la santé, 2021). À noter que le rôle confié aux ARS diffère selon les territoires. La spécificité de la Loire Touraine repose sur le fait que cette expérimentation est venue se greffer à un projet existant où l'ARS Centre-Val de Loire participait déjà au

financement et au suivi. À contrario des autres territoires expérimentateurs où les ARS jouent un rôle de porteur de projet, l'ARS Centre-Val de Loire ne participe pas au comité de pilotage (COPIL). Cette dernière va toutefois suivre le dispositif de manière très rapprochée et organiser des réunions hebdomadaires à la fois avec la DGS et avec l'équipe projet du territoire. Dans ce cas particulier, l'ARS a un rôle d'accompagnement, de suivi de l'expérimentation et de lien entre la DGS et les acteurs locaux (Docteure, conseillère médicale au sein de la direction de l'offre sanitaire, ARS Centre-Val de Loire).

En parallèle de cette expérimentation REPAP inclut dans le cadre du chantier national des 1000 premiers jours de l'enfant, d'autres projets « article 51 » répondent aux enjeux de cette stratégie. En Bretagne, le protocole de santé standardisé pour les enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 ans d'une mesure de protection de l'enfance (PEGASE) est suivie par le département innovation santé de l'ARS Bretagne. Il concerne la pouponnière Henri Fréville à Chantepie en Ille-et-Vilaine pour une durée de 5 ans et prendra fin en août 2024. Il propose un suivi de santé coordonné comportant aussi des bilans réguliers du développement et des soins psychiques dont l'objectif est de compenser les conséquences des maltraitances ou négligences sur l'évolution du jeune enfant. Ce dispositif repose sur un coordinateur PEGASE, qui veillera au bon déroulement du protocole ainsi qu'un système d'information reconstituant l'historique médical, familial et social de l'enfant (Association Saint-Exupéry).

Au-delà des moyens financiers accordés aux ARS pour soutenir et renforcer le parcours des 1000 premiers jours de l'enfant, la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant leur offre l'opportunité d'engager des appels à projets régionaux en duo avec les DREETS.

2.2.4 Le lancement d'appels à projet régionaux

A. Appel à projet 1000 premiers jours de l'enfant en 2021

Pour impulser une dynamique partenariale et une approche intégrée des 1000 premiers jours au sein des territoires, le Ministère des Solidarités et de la Santé en 2021 invite les ARS et les DREETS à lancer des appels à projet. L'enjeu est de soutenir l'émergence de projets réunissant les services et professionnels du secteur sanitaire et social, pour offrir un meilleur accompagnement des parents et contribuer au bon développement et à la santé de l'enfant. Aussi, il s'agit de déployer de nouveaux dispositifs pour répondre aux enjeux des 1000 premiers jours de l'enfant et d'inciter les acteurs à adopter une démarche partenariale afin d'organiser un cadre de gouvernance local (Ministère des solidarités et de la santé, 2021). L'instruction du ministère des solidarités et de la santé « 1000 premiers jours de l'enfant » en 2021 encourageait fortement les ARS sur le volet « santé » et les DREETS en lien avec les commissaires à la lutte contre la pauvreté sur le volet « social » à développer des appels à projet

communs, « à travers les appels à projets, il s'agit d'inciter à travailler ensemble dans une approche qui est populationnelle » (Adjoint de la directrice du projet national des 1000 premiers jours de l'enfant). Des fonds supplémentaires ont été prévus pour les institutions qui souhaitent s'engager, via des enveloppes à travers le FIR pour les ARS et le programme 304 pour les DREETS.

Cet appel à projet se structurait sur au moins un des 6 axes prioritaires fixés au niveau national soit : le repérage des situations de fragilité et accompagnement des parents sans rupture tout au long des 1000 premiers jours ; le développement d'actions en promotion de la santé pour les plus petits ; la prévention de l'isolement et de l'épuisement des parents, notamment des mères en post-partum ; l'aménagement des lieux et de l'offre pour favoriser l'éveil culturel et artistique des tout-petits, notamment des plus défavorisés ; la conciliation des temps entre vie professionnelle et parentalité ainsi que la place du père ou du second parent. Les ARS et les DREETS étaient libres de cibler certains objectifs et certains territoires de leur région comme les quartiers prioritaires de la ville par exemple. Enfin, il était recommandé d'organiser la sélection des projets en associant les partenaires tels que les CAF, les CPAM, les commissaires à la lutte contre la pauvreté ou encore les directions régionales des affaires culturelles (DRAC) (Ministère des solidarités et de la santé, 2021).

Ainsi, sur le territoire Breton, l'ARS et la DREETS en lien avec le commissaire à la lutte contre la pauvreté ont fait le choix d'un appel à projet conjoint. En terme de financement, l'ARS a mobilisé 100 000 euros de son FIR, tout comme la DREETS au titre du programme 304. À cela, le commissaire a ajouté 50 000 euros dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté. Ces acteurs ont retenu 3 objectifs prioritaires, à savoir le repérage des situations de fragilité (de santé, socio-économiques, et/ou en lien avec une situation de handicap) et l'accompagnement des parents sans rupture tout au long des 1000 premiers jours, le développement des actions en promotion de la santé pour les plus petits (alimentation et mise en mouvement, environnement notamment dans les lieux d'accueil du jeune enfant, le logement, ...), l'aménagement des lieux et de l'offre pour favoriser l'éveil culturel et artistique des tout-petits, notamment des plus défavorisés.

Ces institutions ont été attentives à privilégier des projets intégrés et décroisonnés. Par exemple, le dossier du Pôle femme enfant du CHU de Rennes a été retenu pour la mise en place d'un « projet 4P des 1000 premiers jours ». Ce dernier se traduit par la création d'un parcours prévention et promotion de la santé décliné dans le cadre de la grossesse et pour les nourrissons aux urgences pédiatriques. Il s'agit de repérer et d'identifier les éventuelles vulnérabilités afin d'orienter les patientes vers des consultations conseils personnalisées et/ou d'assurer un suivi et/ou d'orienter vers des ateliers ou soutiens spécifiques. En parallèle, selon une démarche de construction participative, les familles en lien avec les professionnels participeront à l'élaboration d'un cahier des charges pour une application smartphone de suivi personnalisé à distance pour améliorer prévention et promotion de la santé. Ce

programme s'appuiera sur un conseil scientifique pluriprofessionnel incluant des représentants de familles, l'ARS, Santé Publique France, la CAF et la PMI.

Aussi, l'ARS Bretagne a été soucieuse de retenir des opérateurs spécifiques mobilisés dans le cadre des parcours grossesse naissance. Par exemple, elle a fait le choix de sélectionner le projet de deux maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP). Ces dernières reposent sur un mode d'exercice professionnel collectif et coordonné. Ce sont des personnes morales exerçant à titre libéral qui proposent un ensemble de services de santé de proximité sans hébergement ainsi que des actions de prévention. Une MSP mobilise une équipe de professionnels de santé de soins primaires, de premier recours et parfois de second recours, sur une même zone géographique autour d'un projet de santé commun (APMSL). À titre illustratif, en Ille-et-Vilaine, la MSP Avenir Santé Villejean Beauregard de Rennes a déposé un projet de parcours des 1000 premiers jours « La tribu d'investir dans l'attachement » dans le cadre de l'appel à projet 2021. Le dispositif porte sur la réalisation d'entretiens pré et post-natals sur le thème « devenir parent(s) ». Il constitue un réseau de parents bénévoles aidants, formés au soutien à la parentalité et propose divers ateliers lecture et massage ainsi que l'organisation de « causeries » entre parents. Des temps d'informations sont également prévus auprès des professionnels. Aussi, des groupes de paroles post-natals et des rencontres entre parents et futurs parents sont envisagées.

Au-delà des actions développées dans le cadre de cet appel à projet, la dynamique partenariale s'est engagée entre les acteurs institutionnels. La commission de sélection des projets a suscité des échanges et des confrontations d'arguments. Les DREETS et le commissaire à la lutte contre la pauvreté ont largement impliqué les DDETS qui ont une connaissance importante des territoires afin d'avoir leurs avis sur les différents projets. En parallèle, l'ARS a également sollicité les délégations départementales, le Réseau Périnatalité Bretagne ainsi que certaines CAF du territoire.

À noter que d'autres projets en lien avec les enjeux des 1000 premiers jours de l'enfant sont soutenus et engagés par l'ARS, notamment dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt « inégalités sociales de santé » lancé par la direction adjointe prévention et promotion de la santé en 2021.

B. La construction de l'appel à projet « 1000 premiers jours de l'enfant » en 2022

La nouvelle instruction « 1000 premiers jours de l'enfant » 2022 du ministère des solidarités et de la santé invite, encore une fois, au lancement d'un appel à projet par les ARS et DREETS en lien avec le commissaire à la lutte contre la pauvreté. La reconduction de ce dispositif permettra de reconduire, après évaluation, des projets financés par l'appel à projet 2021 ainsi que des nouveaux projets.

Une attention particulière doit toujours être portée concernant le développement d'une offre de services intégrée. Les 6 thèmes proposés en 2021 sont conservés et les ARS et DREETS sont libres de cibler certaines thématiques ou zones géographiques (Ministère des solidarités et de la santé, 2022).

L'instruction mentionne la nécessité de veiller à l'articulation avec des actions portées par les acteurs à l'échelle départementale soit les CAF, CPAM, MSA, conseils départementaux et autres collectivités locales. Cette approche partenariale permettra de favoriser le partage d'expertise entre ces différents financeurs et leur bonne articulation avec les contractualisations en cours déclinant notamment la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté ou encore la stratégie de prévention et de protection de l'enfance (Ministère des solidarités et de la santé, 2022).

Néanmoins, si les DREETS bénéficie de fonds supplémentaires sur le volet social dans le cadre de l'appel à projet 2022, les ARS ne dispose d'aucun financement additionnel. Au vu des restrictions budgétaires de la direction adjointe prévention et promotion de la santé de l'ARS Bretagne, la reconduction de cet appel à projet a été longuement questionnée. Finalement, cette dernière mobilisera une première somme d'argent issu du financement national restant de l'année 2021 sur les 1000 premiers jours, soit 60 000 euros et récupérera 60 000 euros sur la ligne budgétaire d'un conseil départemental.

Ainsi, en Bretagne, l'ARS et la DREETS en lien avec le commissaire à la lutte contre la pauvreté s'engagent à lancer un nouvel appel à projet 2022 sur les 1000 jours de l'enfant en fin d'année. Dans ce cadre, au vu des besoins territoriaux, l'ARS Bretagne définit trois principaux axes relevant de son champ de compétence : l'accompagnement des établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) en santé environnementale ; la prévention, le repérage et l'accompagnement des futurs et jeunes parents dans l'arrêt du tabagisme ; l'accompagnement des professionnels libéraux en exercice coordonné dans le cadre du parcours des 1000 premiers jours de l'enfant. Ces trois axes impliquent un travail partenarial de multiples acteurs institutionnels et invitent à la coordination des professionnels de terrain.

Pour le premier, il s'agit de financer un opérateur régional qui met en place des actions d'accompagnement en santé environnementale à destination des EAJE volontaires dans deux départements expérimentaux (Morbihan et Ille-et-Vilaine). Pour ce faire, il est envisagé un cofinancement et un travail commun avec les CAF de ces deux régions. Le deuxième axe est à destination des communautés professionnelles territoriale de santé (CPTS), MSP, centre hospitalier et/ou Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) du territoire. Pour favoriser la coordination des acteurs, la première ébauche du cahier des charges mentionne les principes clés du projet 5A-QUIT-N sur lesquels les acteurs qui candidatent à l'appel à projet pourront s'inspirer. Ce dispositif se structure autour de la démarche des 5A qui sont les 5 étapes à effectuer pour prendre en charge le tabagisme d'une patiente lors d'une consultation. Il s'agit de proposer une meilleure organisation et une coordi-

nation des ressources existantes autour de cette démarche. Ainsi, le projet propose de fédérer l'ensemble des professionnels de santé effectuant des suivis de grossesse et les professionnels d'addictologie/ tabacologie autour de formations et d'outils d'aide à la pratique. L'enjeu est de travailler l'organisation du parcours de soin de la femme enceinte consommatrice afin de faciliter l'orientation vers des spécialistes, si besoin. Le dernier axe cible les structures d'exercices coordonnés de types CPTS, MSP et Dispositif d'appui à la coordination (DAC)/ plateforme territoriale d'appui (PTA) notamment pour des projets de coordination des acteurs autour du parcours de prise en charge allant de la prévention, au repérage et l'accompagnement des futurs et jeunes parents pendant la période des 1000 premiers jours de l'enfant.

Enfin il est prévu que le comité de sélection réunisse un ensemble de partenaires : le siège de l'ARS en lien avec les délégations départementales, la DREETS en lien avec les DDETS et le commissaire à la lutte contre la pauvreté, le réseau périnatalité Bretagne, les PMI, l'Assurance Maladie et les CAF.

En parallèle, suite à la promulgation de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant, les professionnels des ARS s'approprient les leviers attribués par les ministères et ce faisant, une dynamique s'installe pour envisager et/ou engager des initiatives complémentaires.

2.2.5 Des initiatives territoriales engagées ou en cours de réflexion pour soutenir la gouvernance partenariale

A. Les contrats locaux de santé, des outils de pilotage partenariaux des politiques de santé

La stratégie nationale des 1000 premiers jours de l'enfant constitue une politique transversale et partenariale. Il s'agit de renforcer l'intervention des acteurs locaux et de créer une dynamique territoriale autour de cette période charnière. C'est pourquoi, il est pertinent de décliner ce projet des 1000 jours dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS) qui ont pour objectif de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, de mieux coordonner les actions des différents acteurs notamment en terme de prévention et promotion de la santé, et de mettre en œuvre des solutions pour garantir une offre de santé de proximité.

A titre d'exemple, l'ARS Centre-Val De Loire accorde déjà une priorité à ces outils pour décliner la stratégie des 1000 premiers jours au sein de son territoire. Cette dernière a d'ailleurs retenu, dans le cadre de l'AAP 2021 1000 premiers jours de l'enfant, deux CLS. Pour 2022, ils envisagent de renforcer dans leur guide de financement la plus-value de cet outil et l'importance d'ancrer cette politique au niveau territoriale et en transversalité, « *il faut vraiment miser sur les CLS parce que les 1000 premiers jours*

c'est typiquement une politique transversale et partenariale » (Réfèrent 1000 jours de la direction santé publique et santé environnement, ARS Centre-Val de Loire).

Plus concrètement, ce sont des outils qui permettent la mise en œuvre du projet régional de santé, conclu par l'ARS notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements. Ces contrats portent sur des priorités de promotion de la santé, de prévention, de politique de soins et d'accompagnement médico-social. Il s'agit de définir une stratégie et des objectifs communs, d'établir un programme d'actions pluriannuel co-construit à partir des besoins locaux, d'assurer le suivi de sa mise en œuvre et d'évaluer les résultats. Pour ce faire, le siège de l'ARS Bretagne se dote de référents CLS travaillant en lien avec les délégations départementales pour assurer leur suivi.

Certains CLS Breton comportent des projets et objectifs en lien avec la période des 1000 jours. Par exemple, celui du Pays de Brest 2019 - 2023 entend mener des actions de prévention auprès des parents de jeunes enfants, de la naissance à l'âge de 3 ans et des professionnels de la petite enfance. Malgré tout, la majorité des CLS du territoire ne font pas de la thématique de la petite enfance une priorité locale, *« on n'a pas un axe ciblé sur les 1000 jours. Je pense que c'est quelque chose qui pourrait être intéressant »* (Responsable de pôle prévention et promotion de la santé en délégation départementale de l'ARS). Ce constat peut notamment s'expliquer par le fait que de nombreux acteurs estiment que ce public relève principalement de la compétence des PMI (Responsable de pôle prévention et promotion de la santé en délégation départementale de l'ARS).

L'ensemble des délégations départementales du territoire interrogées m'ont fait part de leur volonté de décliner cette stratégie par le biais des CLS. D'une part, les CLS permettent d'adapter la politique de santé au plan local d'engager une dynamique territoriale autour des enjeux de la stratégie des 1000 premiers jours, *« ça peut être intéressant de retrouver la stratégie 1000 jours plus au niveau territorial dans le cadre des CLS qui sont un moyen de mettre en place la politique de santé et de développer des actions. »* (Chargée de mission prévention et promotion de la santé en délégation départementale de l'ARS). D'autre part, ces outils facilitent les partenariats avec les acteurs locaux, et plus spécifiquement avec les collectivités dont les PMI, *« les CLS permettent de travailler plus facilement avec ces partenaires. On n'a pas forcément l'habitude de travailler, notamment avec les collectivités. Je pense que c'est une belle opportunité de pouvoir développer des actions communes »* (Chargée de mission prévention et promotion de la santé en délégation départementale de l'ARS). Aussi, ces outils de contractualisation entre une collectivité et l'ARS implique différents signataires dont les CPAM, les CAF, les acteurs de santé de proximité tels que les professionnels libéraux ou encore les représentants URPS (Responsable de pôle prévention et promotion de la santé en délégation départementale de l'ARS). Les CLS donnent donc la possibilité de mettre en cohérence le PRS avec les politiques de santé menées par les collectivités, de mutualiser les moyens pour répondre à un besoin local et de consolider par

contrat les partenariats locaux en les inscrivant dans la durée. Au sein de l'ARS Bretagne, une réflexion est en cours pour définir des priorités d'actions sur les 1000 jours à inscrire dans le cadre de ces CLS.

B. Des parcours grossesse naissance engagés dans les départements

La promulgation de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant conduit aussi l'ARS Bretagne à développer des parcours grossesse naissance au sein des départements. Certaines délégations départementales de l'ARS, sur conseil du siège, ont développé ces parcours. Cette initiative émerge à la suite de divers constats, évoqués par une responsable prévention et promotion de la santé d'une délégation départementale. Il est observé des retards dans le suivi de grossesse de certaines femmes. Par ailleurs, on constate une augmentation des placements à l'ASE à la naissance. Ces situations semblent être causées par un défaut d'information et de lisibilité de l'offre. En parallèle, les professionnels souffrent d'une baisse de leurs effectifs et d'un manque de coordination, « *Quand on a une offre qui est rare ou en difficulté, c'est d'autant plus important d'organiser les parcours* ».

C'est pourquoi, des temps de travail partagés sont organisés pour veiller à une meilleure visibilité de l'offre périnatale à destination des familles, pour aussi clarifier le rôle de chacun des acteurs et favoriser leur coordination. Dans un département, ils réunissent une diversité de partenaires relevant du secteur public et privé : l'ARS (siège et délégation départementale), l'assurance maladie, de l'URPS sages-femmes, les centres hospitaliers, les hôpitaux privés, la DDETS, la CAF, la PMI, le réseau périnatalité Bretagne... à terme, il est envisagé d'intégrer d'autres acteurs dont le secteur associatif. Une première réunion a permis de constituer un tableau illustrant les grandes thématiques du parcours grossesse naissance : déclaration de la grossesse, 4^{ème} mois de grossesse, accouchement, sortie de maternité. Parmi ces 4 principaux moments clés, des enjeux transversaux ont également été identifiés. Pour l'ensemble de ces rubriques, il s'agissait de définir les enjeux et les freins à la réponse aux objectifs sous-jacents, les travaux préalables à leur aboutissement, les leviers d'actions, la place et le rôle des acteurs, l'échelon territorial compétent pour agir et la temporalité de ces interventions. Dans ce contexte, on observe que l'ARS joue le rôle de coordinateur en facilitant la rencontre des acteurs et en articulant leurs actions, « *Elle a ce rôle de coordination en tenant compte des enjeux et des priorités des autres partenaires car elle n'a pas la main sur tout* » (Responsable de pôle prévention et promotion de la santé en délégation départementale de l'ARS).

La construction de la gouvernance territoriale se concrétise par le développement de projets partenariaux et nécessite également que les acteurs institutionnels définissent une stratégie d'intervention commune autour des 1000 premiers jours de l'enfant.

2.3 La stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant, une occasion pour construire une stratégie partenariale pluriannuelle en Bretagne autour des 1000 premiers jours de l'enfant

La stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant ne désigne pas de chef de file de la politique des 1000 premiers jours parmi l'ensemble des acteurs décisionnels. Elle mise plutôt sur la transversalité des interventions de chacun des acteurs (Adjoint de la directrice du projet national des 1000 premiers jours de l'enfant). C'est pourquoi, on observe que la gouvernance, majoritairement publique de la protection de l'enfance, tend vers une gouvernance davantage partenariale, mobilisant un ensemble d'acteurs publics et privés, au niveau régional, départemental et local.

2.3.1 Miser sur une gouvernance partenariale régionale...

Au-delà de la mise en place de ces parcours grossesse naissance, la stratégie nationale des 1000 premiers jours donne l'opportunité aux acteurs et notamment à l'ARS Bretagne d'envisager de nouvelles formes de gouvernance. Il s'agit de construire une stratégie d'intervention pluriannuelle autour de la déclinaison territoriale des 1000 premiers jours de l'enfant sur le territoire. Pour ce faire, une réflexion émerge sur la possibilité de créer une éventuelle instance partenariale régionale 1000 premiers jours de l'enfant. Par exemple, l'ARS Nouvelle Aquitaine, dans le cadre de son rôle de coordinateur des politiques publiques impulse la création d'un comité régional des 1000 premiers jours pour favoriser une action articulée de l'ensemble des acteurs regroupant le Réseau Périnatalité, les PMI, les MSA, les maternités, les collectivités locales, l'Assurance maladie, les CAF, les Modes d'accueil et les professionnels de la petite enfance.

Afin de construire le prochain PRS Breton, l'ARS Bretagne accompagnée des délégations départementales envisage de mettre en place en fin d'année 2022 un temps de travail avec les différents partenaires des 1000 premiers jours tels que les CAF, les CPAM, les MSA, la DREETS, les PMI, les représentants de collectivités locales, l'URPS Sages-Femmes, les représentants des usagers comme France Assos Santé, la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (FEHAP), le Réseau Périnatalité Bretagne, Santé publique France. Cette instance favoriserait l'interconnaissance des acteurs et permettrait de définir des priorités communes. Néanmoins, au vu de la multiplicité des acteurs intervenant dans le champ de l'enfance au niveau départemental, la directrice de la santé publique de l'ARS Bretagne se pose la question de la pertinence d'un groupe de travail permanent à l'échelon régional et envisage davantage de s'inscrire dans des instances partenariales départementales existantes.

2.3.2 ... Et/ou s'inscrire dans des instances départementales existantes

Pour conforter cette volonté de créer du lien entre les acteurs au sein des territoires, l'instruction 2022 relative à la stratégie des 1000 premiers jours met en avant les nouveaux comités départementaux des services aux familles comme instance partenariale. Ces comités existent depuis 2014 mais ne concernaient que la branche famille. Un décret du 14 décembre 2021 en application de l'ordonnance du 19 mai 2021 relative aux services aux familles, élargit leur périmètre d'intervention pour traiter les sujets de services aux familles mais aussi de modes d'accueil du jeune enfant, du soutien à la parentalité et des 1000 premiers jours de l'enfant. Ils sont présidés par le préfet de département, en référence à la recommandation de la Cour des Comptes en 2020 pour renforcer la gouvernance territoriale de la protection de l'enfance (cf 1.3.2). La vice-présidence est assurée par le président du conseil départemental, un représentant de commune ou d'intercommunalité et le président du conseil d'administration de la CAF. L'objectif est de réunir l'ensemble des acteurs locaux agissant en faveur de l'enfant et de la famille afin d'articuler leurs actions, de définir des orientations et stratégies communes (telles que l'adoption du schéma départemental des services aux familles) et d'assurer une coordination de leurs interventions. Ces nouvelles instances départementales partenariales devraient permettre de travailler l'articulation entre les différentes politiques publiques selon une approche décloisonnée et d'établir des liens avec des politiques publiques connexes comme celles relatives au logement, à la santé ou encore à la lutte contre la pauvreté.

Ainsi, les ARS sont fortement invitées à être membres de ces comités notamment les délégations départementales (Adjoint de la directrice du projet national des 1000 premiers jours de l'enfant). Néanmoins, sur le territoire Breton, aujourd'hui, à l'exception d'un département, elles n'y sont pas impliquées et ont une connaissance très faible de ces instances. La directrice de la santé publique de l'ARS Bretagne déclare la nécessité de sensibiliser les directions des délégations départementales et de penser la place qu'ils pourraient occuper dans ces instances en copartage avec les autres acteurs. Elle insiste sur le fait que l'ARS ne doit pas assurer seule le pilotage du projet des 1000 premiers jours mais doit être garante de sa bonne mise en œuvre dans les territoires.

Conclusion

Bien que l'ARS Bretagne soit déjà engagée depuis plusieurs années dans le domaine de la prévention et promotion de la santé périnatale et des enfants, elle ne demeurerait pas un acteur majeur de la protection de l'enfance. La promulgation de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant, véritable politique de prévention, donne légitimité à son intervention. Néanmoins, certains points de vigilance sont à prendre en compte. De prime abord, le contour du champ d'intervention de la direction adjointe prévention et promotion de la santé de l'ARS est interrogé. Une responsable de l'offre de services aux partenaires d'une CAF exprime son souhait de travailler davantage avec l'ARS sur les questions de parentalité et de répit parental. Mes échanges avec des professionnels de la direction prévention et promotion de la santé m'interpellent : quelles sont les limites du périmètre d'intervention des ARS sur les déterminants sociaux de la santé ? Le risque encouru est de s'éloigner de son objectif initial à savoir la santé du jeune enfant et de se disperser dans des actions multiples et variées dont l'impact sur la santé ne devient plus aussi facile à évaluer. D'autre part, il peut s'avérer complexe de trouver un équilibre entre l'échelon régional du siège de l'ARS et la coordination des acteurs de la protection de l'enfance œuvrant au niveau départemental et local. En ce sens, le rôle des responsables prévention et promotion de la santé des délégations départementales de l'ARS est essentiel. La transversalité de la déclinaison de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant sera d'autant plus réalisable que l'éventail des interventions des délégations départementales des ARS est déjà étendu. Si le siège de l'ARS est pourvu d'une référente par thématique/ population, il n'en va pas de même pour les professionnelles des délégations départementales qui ont à charge plusieurs thématiques de prévention. Ainsi, le risque est de voir apparaître des différences de prise en compte des enjeux 1000 premiers jours au sein des départements en fonction des sensibilités de chaque territoire.

La stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant reconnaît le rôle essentiel des ARS et à ce titre lui accorde des moyens supplémentaires pour renforcer la gouvernance partenariale et territoriale de ce champ d'intervention. Ces leviers présentent toutefois des limites. Alors que l'ARS Bretagne a fait de la politique des 1000 premiers jours une de ses priorités, l'absence de financement national supplémentaire dans le cadre du volet santé de l'appel à projet 2022 a surpris les professionnels, qui ont failli ne pas s'engager. De plus, si l'objectif des appels à projets régionaux est de soutenir l'émergence de dispositifs territoriaux intégrés, se pose la question de la pérennisation de ces derniers. Les financements apportés par les institutions n'ont pas vocation à s'inscrire dans la durée. C'est pourquoi, dans le moyen terme, le risque d'abandon de certains projets est possible. En parallèle, les acteurs institutionnels se trouvent confrontés aux contraintes financières des acteurs du terrain rendant difficile l'émergence et/ou le déploiement de certains projets. Par exemple, lors d'une réunion d'échange avec les CAF sur le premier axe du cahier des charges de l'appel à projet 1000 premiers jours de l'enfant 2022, soit « l'accompagnement des EAJE en santé environnementale », ces dernières font

part de la détresse des EAJE, due à un manque de personnel et à des contraintes budgétaires fortes. Elles évoquent la crainte de ne recevoir que très peu de projets.

Le pilotage de la politique des 1000 premiers jours de l'enfant repose sur une gouvernance partenariale au sein des territoires mais l'absence de coordinateur unique 1000 premiers jours complexifie sa construction. Les partenaires interrogés se disent en attente que l'ARS coordonne ou anime les priorités autour des 1000 premiers jours de l'enfant et dans le même temps celle-ci se questionne sur son positionnement auprès des acteurs. On observe que l'appropriation des enjeux de cette stratégie et sa prise en compte diffère d'une ARS à l'autre. Les propos du responsable adjoint de l'équipe projet national des 1000 premiers jours de l'enfant vont dans ce sens : « *peut-être qu'on va constater dans certaines régions ou dans certains départements, que l'ARS prend le lead parce qu'il y a une personne qui est plus dynamique sur le sujet et dans un autre département ça va être la CAF avec le souci bien entendu d'associer l'ARS* ». Enfin, dans le cadre de la gouvernance locale, une attention particulière doit être accordée à la démarche de démocratie participative qui permet d'associer les citoyens au processus de décision politique les concernant afin de mieux prendre en compte leurs besoins. L'ARS Bretagne envisage d'inviter des membres de l'association France Assos santé, en tant que représentants des usagers du système de santé, à la réunion partenariale consistant à définir une stratégie d'intervention pluriannuelle autour des 1000 premiers jours. La gouvernance locale doit aussi s'exercer en donnant une place de choix aux représentants des familles. Cela est d'autant plus important qu'à titre d'exemple, le mouvement ATD Quart- Monde, association reconnue d'utilité publique alerte sur les limites de la stratégie des 1000 premiers jours et dénonce une prise en compte insuffisante de la situation des familles en grande précarité (cité par C. Truong, C. Attali-Marot, 2020).

Pour finir, les dernières réformes politiques amènent à repenser une nouvelle conception de la décentralisation des services de l'enfance. Deux tendances se font face, l'une remet en cause la décentralisation, un rapport parlementaire sur l'ASE en 2019 va dans ce sens : « Plus de 30 ans après qu'elle soit devenue effective, il ne paraîtrait pas irrationnel de dresser un véritable bilan de la décentralisation de l'ASE, sans s'interdire d'en interroger la pertinence et de renforcer l'implication de l'État dans cette politique » (cité par Y. Boudjémaï, 2020, p.15-16), et l'autre défend l'intérêt de la poursuivre plus en avant. On peut se demander si la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant conforte la décentralisation de la protection de l'enfance tout en renforçant l'intervention de l'État ou bien remet en question ce système pour une politique davantage centralisée. Le discours de la présentation de la politique générale d'Élisabeth Borne, première ministre du gouvernement évoque la stratégie des 1000 premiers jours comme une priorité nationale et à ce titre de nouvelles perspectives verront probablement le jour.

Bibliographie

- **Revue et ouvrages**

Bichwiller J-P., 2021. « Les enjeux de la décentralisation de la politique de protection de l'enfance », Vie sociale, n°34-35, pp.65-78. [Les enjeux de la décentralisation de la politique de protection de l'enfance | Cairn.info](#)

Blain V., 2021. « Une protection de l'enfance en partenariat ? », Vie sociale, n°34-35, pp.51-64. <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2021-2-page-51.htm>

Capelier F., 2015. « Comprendre la protection de l'enfance – L'enfance en danger face aux droits », Journal du droit des jeunes, n°345-346, pp.51-68. <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2015-5-page-51.htm>

Chambaud L., Evin C., 2012. « La création des ARS : une opportunité à saisir », dans Bréchat P-H. (éd), Innover contre les inégalités de santé, Rennes, Les Presses de l'EHESP, pp.421-424. <https://www.cairn.info/innover-contre-les-inegalites-de-sante--9782810900794-page-421.htm>

Charrier F., Couteau J., Geoffroy J-J., Roulleau J., Seys M., Vercauteren R., 2005. « Vers la construction d'un réseau médico-social », dans Charrier F., Couteau J., Geoffroy J-J., Roulleau J., Seys M., Vercauteren R. (Dir), Tutelles et réseaux : Changer les pratiques médico-sociales, Toulouse, Érès, pp.51-96. <https://www.cairn.info/tutelles-et-reseaux--9782749204864-page-51.htm#:~:text=Dhume%20%3A%20«%20Le%20partenariat%20est%20une,objet%20commun%20-%20de%20par%20sa>

Damon J., 2010. « Le partenariat. Modalité molle mais nécessaire des politiques publiques », Questions sociales et questions urbaines, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, pp.279-301. <https://www.cairn.info/questions-sociales-et-questions-urbaines--9782130581352-page-279.htm>

De Ayala C., 2010. « L'histoire de la protection de l'enfance ». Le journal des psychologues, n°277, pp.24-27. <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2010-4-page-24.htm>

Demeulemeester R., Jabot F., 2005. « Les interactions entre les niveaux national, régional, infrarégional dans les programmes de santé publique », Santé publique, vol.17, pp.597-606. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-4-page-597.htm>

Dupuis J., 2020. « Observatoires de la protection de l'enfance : supports de pilotage, d'évaluation et de gouvernance, leviers de légitimation ? », Gestion et management public, vol.8, n°4, pp.51-81. <https://www.cairn.info/revue-gestion-et-management-public-2020-4-page-51.htm>

Epstein R., 2015. « La gouvernance territoriale : une affaire d'État. La dimension verticale de la construction de l'action collective dans les territoires », L'année sociologique, vol.65, pp.457-482. <https://www.cairn.info/revue-l-annee-sociologique-2015-2-page-457.htm>

Guernalec-Levy G., 2019. « La petite enfance, terrain de jeux des inégalités sociales », Les cahiers du développement social urbain, n°70, pp.6-8. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-developpement-social-urbain-2019-2-page-6.htm#no4>

Jaeger M., 2010. « L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs », Vie sociale, n°1, pp.13-23. <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2010-1-page-13.htm>

Leloup F., Moyart L., Pecqueur B., 2005. « La gouvernance territoriale comme nouveau mode de coordination territoriale ? », Géographie, économie, société, vol.7, pp.321-332. <https://www.cairn.info/revue-geographie-economie-societe-2005-4-page-321.htm>

Merini C., De Peretti C., 2002. « Partenariat externe et prévention en matière de substances psychoactives : dans quelle position l'école met-elle ses partenaires ? », Santé publique, vol.14, pp.147-164. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2002-2-page-147.htm>

Société française de santé publique, 2021. « Politiques de santé pour les enfants et les jeunes : l'urgence d'une approche de promotion de la santé », dans Collectif CEP-Enfance (éd.), Enfance, l'état d'urgence : Nos exigences pour 2022 et après, Toulouse, Érès, pp.315-319. [Politiques de santé pour les enfants et les jeunes : l'urgence d'une approche de promotion de la santé | Cairn.info](https://www.cairn.info/revue-politiques-de-sante-pour-les-enfants-et-les-jeunes-2021-1-page-315.htm)

Topuz B., 2012. « Périnatalité en Seine-Saint-Denis. Choix politiques. », L'école des parents, n°595, pp.26-27. https://www.cairn.info/revue-l-ecole-des-parents-2012-2-page-26.htm?try_download=1

Vigil-Ripoche M-A., 2012. « Promotion de la santé », dans Formarier M. (éd.), Les concepts en sciences infirmières : 2^{ème} édition, Toulouse, Association de Recherche en Soins Infirmiers, pp.249-254. <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-249.htm>

- **Rapports**

ARS Bretagne, 2018. « PRS 2018-2022. Schéma régional de santé ». <https://www.bretagne.ars.sante.fr/media/6071/download?inline>

Bazin A., Bocquet E., 2021. « Projet de loi de finances pour 2022 : solidarité, insertion et égalité des chances », Sénat, n°163. <http://www.senat.fr/rap/l21-163-330/l21-163-33010.html>

Bonne B., 2021. « Projet de loi relatif à la protection des enfants – Titre V Bis Mieux piloter la politique de protection de l'enfance », Sénat, n°74. <http://www.senat.fr/rap/l21-074/l21-0741.pdf>

Boudjémaï Y., 2020. « Les enjeux étatiques dans la « Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance » », Conservatoire nationale des archives et de l'histoire de l'éducation spécialisée et de l'action sociale. https://www.cnahes.org/wp-content/uploads/2021/09/CNAHES_Boudjémaï_Youcef_Les-enjeux-étatiques-dans-la-stratégie-nationae-de-prévention-de-protection-de-lenfance_2020.pdf

Bouysse V., Dupays S., Lanouzière H., Legrand-jung B., Thomas F., 2019. « Evaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance », Inspection Générale des Affaires Sociales. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2018-047R-TOME_1.pdf

Bruston P., Descoubes B., Naves P., Simon-Delavelle F., 2014. « Modernisation de l'action publique. Mission d'évaluation de la gouvernance de la protection de l'enfance (diagnostic, recommandations et proposition de plan d'action) », Inspection Générale des Affaires Sociales, Inspection Générale de la Justice. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/epp_protection_enfance_rapport_tome1.pdf

Cherubini C., Conrath E., Dubosq C., Marquis Samari E., 2020. « Création d'un organisme national dans le champ de la protection de l'enfance », Inspection Générale des Affaires Sociales.

<https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2020-006r.pdf>

Coulon N., Coum D., Houzelle N., Mariage D., Neyrand G., Prévot O., 2013. « Promouvoir la santé dès la petite enfance : Accompagner la parentalité », Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/promouvoir-la-sante-des-la-petite-enfance-accompagner-la-parentalite>

Cour des comptes, 2021. « La santé des enfants. Une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé », Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2022-02/20220209-sante-des-enfants.pdf>

Département Ille-et-Vilaine. « Schéma départemental enfance-famille 2020-2025 ». https://www.ille-et-vilaine.fr/sites/default/files/schema_departemental_enfance-famille_2020-2025.pdf

Dini M., Meunier M., 2014. « Protection de l'enfance : améliorer le dispositif dans l'intérêt de l'enfant », Sénat, n°655. <https://www.senat.fr/notice-rapport/2013/r13-655-notice.html>

Dulin A., 2018. « Prévenir les ruptures dans les parcours en protection de l'enfance », Les avis du Conseil Économique Social et Environnemental. https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2018/2018_17_protection_enfance.pdf

Fédération Nationale d'Éducation et de Promotion de la Santé, 2019. « La santé dans toutes les politiques : le défi de l'intersectorialité », Assises nationales. <https://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2019/09/Intersectorialité-Approches-en-PS-VDEF.pdf>

Fraisse L., Lhuillier V., Petrella F., 2008. « Diversité des acteurs et des politiques de la petite enfance : vers une gouvernance partenariale négociée ? », Laboratoire d'Économie et de Sociologie du Travail. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00458569/document>

Ministère de la santé et des solidarités. « Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent », Guide pratique protection de l'enfance. <https://solidarites->

sante.gouv.fr/IMG/pdf/2011_guideprat_protectenfance_prevention.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab20002e74909134f02ac9d45448a34d04b24da3f3d4bf844bb39babf6bf3af41b5cd10828d214001430003ea43da177c4c55eb6e8cd20b880cae461740c51184024ce85e34c87d8712760dc78eed85b675bd640758adc07911dce

Ministère des solidarités et de la santé, 2020. « Les 1000 premiers jours : là où tout commence », Rapport de la commission des 1000 premiers jours. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>

Ministères sociaux. « 1000 premiers jours ». <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1000premiersjours-presentation-24.08.21.pdf>

Moleux M., Schaetzel F., Scotton C., 2011. « Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action », Inspection Générale des Affaires Sociales. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000580.pdf>

Observatoire de la Santé, 2017. « L'universalisme proportionnée, stratégie de réduction des inégalités sociales de santé », Séminaires sur les inégalités sociales de santé. https://observatoiresante.hainaut.be/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2018/06/2017-05-09_SEMISS_Universalisme_proportionne_07-03-2018.pdf

ONPE, 2016. « Protection de l'enfant : les Nouvelles dispositions issues de la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant ». https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/20160315_notedactu_loipe.pdf.

ONPE, 2022. « La loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants : contexte, analyses et perspectives », Note juridique. https://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/note_juri_loi_2022_mai_2022_ok2.pdf

Peyron M., 2019. « Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! ». <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf>

Santé Publique France, 2021. « Les 1000 premiers jours : la périnatalité et la petite enfance au cœur des enjeux de santé publique », Dossier de presse. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier-de-presse-campagne-1000-premiers-jours-2021.pdf>

- **Articles disponibles sur internet**

APMSL. « La maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) : une équipe aux compétences multiples pour « travailler ensemble » ». Disponible sur : <https://www.apmsl.fr/page/les-msp/>

ARS Île-de-France. « Article 51 : innovation organisationnelle ». Disponible sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/article-51-innovation-organisationnelle>

ARS, 2019. « Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé ? ». Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>

ARS, 2022. « Les contrats locaux de santé ». Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-locaux-de-sante>

Association Saint Exupéry. « Présentation du programme PEGASE et de la plateforme numérique Mediateam-Pegase ». Disponible sur : <https://www.programmepegase.fr/presentation-pegase>

Attali-Marot C., Truong C., 2020. « Rapport de la commission des 1000 premiers jours : l'avis d'ATD Quart Monde », ATD Quart Monde. Disponible sur : <https://www.atd-quartmonde.fr/rapport-de-la-commission-des-1000-premiers-jours-lavis-datd-quart-monde/>

CAF. « Un nouveau Schéma départemental des services aux familles pour la période 2021-2024 ». Disponible sur : <https://www.caf.fr/partenaires/caf-de-la-somme/partenaires-locaux/un-nouveau-schema-departemental-des-services-aux-familles-sdsf>

Centre Ressources Autisme Bretagne. « Appel à manifestation d'intérêt : plateformes d'orientation et de coordination – parcours enfants TND ». Disponible sur : <https://www.cra.bzh/actualites/appele-a-manifestation-d-interet-plateformes-d-orientation-et-de-coordination-parcours>

CNAPE, 2020. « Contractualisation entre l'État et les départements pour la prévention et la protection de l'enfance : la circulaire est publiée ». Disponible sur : <https://www.cnape.fr/contractualisation-entre-letat-et-les-departements-pour-la-prevention-et-la-protection-de-lenfance-la-circulaire-est-publiee/>

Direction de l'information légale et administrative, 2022. « Enfants placés : une meilleure protection prévue par la loi », Service public. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15498>

Fehap, 2021. « Handicap : un cahier des charges pour les centres ressources « vie intime et affective ». Disponible sur : https://www.fehap.fr/jcms/activites-services/etablissements-services/etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux-petite-enfance/personnes-en-situation-de-handicap/handicap-un-cahier-des-charges-pour-les-centres-ressources-vie-intime-et-affective-fehap_333035

Geoconfluences, 2020. « « Top down » et « Bottom up » ». Disponible sur : <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/top-down-et-bottom-up>

Gouvernement, 2019. « Une stratégie nationale pour garantir à chaque enfant les mêmes chances et les mêmes droits ». Disponible sur : <https://www.gouvernement.fr/actualite/une-strategie-nationale-pour-garantir-a-chaque-enfant-les-memes-chances-et-les-memes-droits>

Gouvernement, 2021. « 28 jours de congé paternité pour plus de temps auprès de mon nouveau-né ». Disponible sur : <https://www.gouvernement.fr/les-actions-du-gouvernement/sante-famille-handicap/28-jours-de-conge-paternite-pour-plus-de-temps>

Guernalec-Levy G.. « Commission des 1000 premiers jours : Quelques pistes avant le rapport », Papoto Parentalité pour Tous. Disponible sur : <https://www.papoto.fr/commission-des-1000-premiers-jours-quelques-pistes-avant-le-rapport/>

Ministère de la santé et de la prévention, 2022. « Expérimenter et innover pour mieux accompagner et soigner pendant les 1000 premiers jours ». Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/1000jours/sur-le-terrain/article/experimenter-et-innover-pour-mieux-accompagner-et-soigner-pendant-les-1000?TSPD_101_R0=087dc22938ab20004402873e3defa64db20e7bd7e600cac005b1ea7a702bd1ecc09864096da3d7440898f0bdad143000df03e5c5b9c1ace43bbd6395b1f4c04a37f97355dba0bfea6439e2c26c031408e06f66b14d4ac3e40a652d07de2f4e5d

Ministère des solidarités et de la santé. « Protection de l'enfance ». Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/>

ONPE. « La loi de 2016 ». Disponible sur : <https://www.onpe.gouv.fr/loi-2016>

ONPE. « Les missions de l'ONPE ». Disponible sur : <https://www.onpe.gouv.fr/missions-lonpe>

Santé Publique France, 2019. « Enfants et jeunes ». Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/enfants-et-jeunes>

Santé Publique France, 2021. « L'étude PANJO ». Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/les-1000-premiers-jours/l-etude-panjo>

Sécurité sociale. « Convention d'objectifs et de gestion ». Disponible sur : <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/gestion-financement-et-performance/cog>

Vie publique, 2021. « Protection de l'enfance : de l'aide aux familles à la défense de l'intérêt de l'enfant ». Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/eclairage/18716-protection-de-lenfance-agir-dans-linteret-de-lenfant>

- **Textes/ documents législatifs et réglementaires**

ARS Bretagne, 2019. « Avis d'appel à manifestation d'intérêt. Préfiguration des plateformes départementales d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention

précoce pour enfants avec troubles du neurodéveloppement (TND) en Bretagne ».

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjWssPYobz5AhVS0oUKHXWBDrQQFnoECAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.bretagne.ars.sante.fr%2Fmedia%2F35854%2Fdownload&usg=AOvVaw2ngDTQrh-IM6K23HKAy33L>

ARS Bretagne, DREETS, 2021. « Appel à projets 1000 premiers jours en Bretagne : initiatives en faveur de la santé du jeune enfant et de l'accompagnement des parents ».

https://bretagne.dreets.gouv.fr/sites/bretagne.dreets.gouv.fr/IMG/pdf/aap_1000_premiers_jours.pdf

Décret n° 2021-1644 du 14 décembre 2021 relatif à la gouvernance des services aux familles et au métier d'assistant maternel. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044488304>

Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté, 2018. « Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Investir dans les solidarités pour l'émancipation de tous ». https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_pauvrete_vfhd.pdf

Loi n° 92-125 du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République.

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000722113/>

Ministère des affaires sociales, de la santé, des droits des femmes, 2015. « Instruction DGOS-PF3-R3-DGS-MC1 n° 2015-227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional », Bulletin Officiel Santé. [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-08/ste_20150008_0000_0114.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab20001c9565200cda76256bff61f889e15781902b2b070453272d10b9f6bcbbaa4913f0883e6c8be143000f98c72de37697e5d4fd9af696a7781e49de40aca7faea05079ae2d27d999c13c942fa927db0a088683ed12e267691b45)

[08/ste_20150008_0000_0114.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab20001c9565200cda76256bff61f889e15781902b2b070453272d10b9f6bcbbaa4913f0883e6c8be143000f98c72de37697e5d4fd9af696a7781e49de40aca7faea05079ae2d27d999c13c942fa927db0a088683ed12e267691b45](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-08/ste_20150008_0000_0114.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab20001c9565200cda76256bff61f889e15781902b2b070453272d10b9f6bcbbaa4913f0883e6c8be143000f98c72de37697e5d4fd9af696a7781e49de40aca7faea05079ae2d27d999c13c942fa927db0a088683ed12e267691b45)

Ministère des solidarités et de la santé, 2020. « Instruction n° DGCS/SD3B/2020/178 du 15 octobre 2020 relative à la diffusion du cahier des charges des centres ressources régionaux « vie intime, affective, sexuelle et de soutien à la parentalité des personnes en situation de handicap », Bulletin officiel Santé, Protection sociale. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/81729/download?inline>

Ministère des solidarités et de la santé, 2021. « INSTRUCTION N° DGOS/R4/2021/154 du 6 juillet 2021 relative à la mise en œuvre du fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie pour l'année 2021 ». <https://www.normandie.ars.sante.fr/media/81395/download?inline>

Ministère des solidarités et de la santé, 2021. « INSTRUCTION N° SGMCAS/2021/74 du 1^{er} avril 2021 relative aux engagements du Gouvernement pour l'année 2021 autour de la politique des 1000 premiers jours de l'enfant et de ses modalités de déclinaison territoriale, ainsi qu'aux leviers supplémentaires mis à disposition des acteurs locaux », Bulletin officiel Santé, Protection sociale. <https://www.normandie.ars.sante.fr/media/79480/download>

Ministère des solidarités et de la santé, 2021. « Projet d'expérimentation d'innovation en santé – Cahier des charges. Projet REPAP : référent parcours périnatalité ». https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/repap-cdc.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000b065767b72d3cb3875d314a322537a44710fe79f12f86396b4a1cc5df904a74508a04ee726143000e08215aa2958f7af8832f672139b353bf85696d045bc2159d8194ad1a671665d8322131a4f2a0422bee7d14d15f7a700

Ministère des solidarités et de la santé, 2022. « INSTRUCTION N° SGMCAS/2022/106 du 12 avril 2022 relative à la déclinaison pour 2022 de la politique relative aux 1000 premiers jours de l'enfant ». https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_2022_1000_pj.pdf

Taquet A., 2021. « Discours d'Adrien Taquet – Annonces des mesures en faveur des 1000 premiers jours de l'enfant ». Ministère des Solidarités et de la Santé.

- **Support audio**

Giampino S., De Bodman F., 2021. « Episode 2 : 1000 premiers jours : les inégalités au berceau », une économie de l'enfance. <https://www.franceculture.fr/emissions/entendez-vous-l-eco/1000-premiers-jours-les-inegalites-au-berceau>

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des acteurs rencontrés.....78

- Des entretiens réalisés auprès des partenaires de la direction adjointe prévention et promotion de la santé de l'ARS Bretagne
- Des échanges avec les directions internes du siège, partenaires de la direction adjointe prévention et promotion de la santé de l'ARS Bretagne

Annexe 2 : Grille d'entretien.....82

- Grille d'entretien à destination des partenaires institutionnels de la direction adjointe prévention et promotion de la santé de l'ARS Bretagne
- Grille d'entretien à destination de l'adjoint de la directrice du projet national des 1000 premiers jours de l'enfant
- Grille d'entretien à destination des délégations départementales de l'ARS Bretagne
- Grille d'entretien à destination de la chargée d'étude scientifique de Santé Publique France : projet PANJO
- Grille d'entretien à destination de la référente 1000 premiers jours de l'enfant de l'ARS Centre-Val de Loire
- Grille d'entretien à destination de la conseillère médicale de l'ARS Centre-Val de Loire : projet REPAP

Annexe 3 : Grille d'analyse.....98

Annexe 4 : La place de l'ARS Bretagne dans la réponse aux objectifs nationaux de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant.....118

Annexe 1 : Liste des acteurs rencontrés

- Des entretiens réalisés auprès des partenaires de la direction adjointe prévention et promotion de la santé

Structure	Profession	Date	Lieu
CAF	Responsable de l'offre de service aux partenaires	30/03/2022	Locaux de la CAF
Délégation départementale de l'ARS Bretagne	Chargé de mission prévention et promotion de la santé	11/04/2022	Teams
Conseil départemental	Médecin départemental PMI	12/04/2022	Teams
Coordination régionale de la gestion des risques de l'Assurance maladie	Coordinatrice régionale de la gestion des risques de l'Assurance maladie	14/04/2022	Locaux de la coordination régionale de la gestion des risques de l'Assurance maladie
Délégation départementale de l'ARS Bretagne	Responsable du pôle prévention et promotion de la santé	21/04/2022	Teams

Réseau périnatalité de Bretagne	Sage-femme coordinatrice	22/04/2022	Locaux du Réseau périnatalité Bretagne
Direction projet « 1000 premiers jours de l'enfant » - Ministères	Adjoint de la directrice du projet des 1000 premiers jours de l'enfant	27/04/2022	Teams
DREETS	Référente Stratégie Pauvreté Pôle cohésion sociale - Service hébergement, logement, inclusion sociale et protection des personnes Responsable de service - Pôle cohésion sociale - Service hébergement, logement, inclusion sociale et protection des personnes	27/04/2022	Locaux de la DREETS
Santé Publique France	Chargée d'étude scientifique – unité périnatalité et petite enfance	02/05/2022	Teams
ARS Centre Val de Loire	Référent 1000 jours de la direction santé publique et santé environnement	12/05/2022	Teams

	Docteure, conseillère médicale au sein de la direction de l'offre sanitaire		
Délégation départementale de l'ARS Bretagne	Responsable du pôle prévention et promotion de la santé	03/06/2022	Teams

Annexe 1 : Liste des acteurs rencontrés

- Des échanges avec les directions internes du siège, partenaires de la direction adjointe prévention et promotion de la santé de l'ARS

Bretagne

Direction adjointe prévention et promotion de la santé
Direction adjointe santé environnement
Direction adjointe Hospitalisation
Direction adjointe autonomie
Département innovation en santé
Département PRS pilotage et statistique

Annexe 2 : Grille d'entretien

- Grille d'entretien à destination des partenaires institutionnels de la direction adjointe prévention et promotion de la santé de l'ARS Bretagne

Date :	Lieux :
Introduction : Je m'appelle Célia Marais, je suis étudiante en master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique à l'EHESP à Rennes. Dans ce cadre, je réalise un stage au sein de l'ARS Bretagne dans la direction adjointe prévention et promotion de la santé pour une durée de 4 mois. La mission qui m'a été confiée porte sur la stratégie des 1000 premiers jours. Plus concrètement, il s'agit d'apporter des éléments d'aide à la décision qui permettront à l'ARS de définir une stratégie régionale 1000 jours, notamment dans le cadre du futur PRS. Ainsi, mon premier axe de travail consiste à identifier l'ensemble des projets financés par l'ARS Bretagne sur les 1000 jours. Parallèlement, l'objectif est d'identifier le rôle des divers partenaires sur la thématique des 1000 jours et leurs objectifs prioritaires afin de pouvoir déterminer plus précisément la stratégie d'intervention de l'ARS Bretagne. Aussi, l'enjeu est d'appréhender la coordination entre les divers acteurs autour de cette politique globale de prise en charge du jeune enfant et de ses parents. Durée de l'entretien : 1h min.	

Thèmes	Questions principales
1. Présentation de l'établissement et de la personne interrogée	• Présentation de la structure - Comment est-elle structurée (les différents services) ? - Quelles sont les principales missions de l'établissement ? • Missions au sein de la structure - Quelle est votre profession ?

	- Quel est votre rôle dans la structure ? - Quelles sont vos missions ? - Avec qui travaillez-vous ? (Partenaires internes et externes)
2. Les enjeux territoriaux de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant	• Les priorités du territoire - Pour vous, quels sont les enjeux autour des 1000 premiers jours ? Si vous aviez 3 enjeux à identifier sur notre région sur les 1000 jours, quels seraient-ils ? - Quels sont les principaux besoins sur votre territoire, en lien avec la stratégie des 1000 premiers jours ? Quelles sont vos priorités ? Comment sont définies vos priorités ? - Les réponses apportées sur le territoire sont-elles suffisantes selon vous ? • Actions 1000 jours - Comment se positionne votre structure concernant la stratégie des 1000 premiers jours ? Quelle place avez-vous parmi l'ensemble des acteurs ? (Rôle de pilotage, de financeurs...) - Quelles sont les actions développées/ soutenues par votre établissement depuis plusieurs années concernant les 1000 premiers jours ? - Avez-vous déployé de nouvelles actions depuis la mise en place de la politique publique des 1000 premiers jours ? Lesquelles ?
3. La coordination et le partenariat autour des 1000 premiers jours	• Coordination 1000 jours - Quels sont les acteurs (partenaires) qui interviennent au quotidien avec vous sur les 1000 jours ? - Comment sont concrétisés vos partenariats ? (Contrat...) - Comment travaillez-vous ensemble ? Comment les acteurs se coordonnent-ils ? (Outil de coordination : réunion, groupe de travail...)

	- Avez-vous sollicité de nouveaux partenariats depuis la mise en place de la stratégie des 1000 premiers jours ? (Ou envisagez-vous de le faire ?) • Les attentes par rapport à l'ARS Bretagne - Comment travaillez-vous en lien avec l'ARS ? - Quelles sont vos attentes par rapport à l'ARS ? - Selon vous, comment l'ARS doit se positionner sur les 1000 jours ? - Selon vous, sur quels axes l'ARS Bretagne doit prioriser son intervention ? - Que pensez-vous du déploiement de cette stratégie au niveau régionale ? Quels sont les avantages et les inconvénients ?
--	---

Annexe 2 : Grille d'entretien type

- Grille d'entretien à destination de l'adjoint de la directrice du projet national des 1000 premiers jours de l'enfant

Date : 27/04

Lieux : Visio

Introduction : Je m'appelle Célia Marais, je suis étudiante en master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique à l'EHESP à Rennes. Dans ce cadre, je réalise un stage au sein de l'ARS Bretagne dans la direction adjointe prévention et promotion de la santé pour une durée de 4 mois. La mission qui m'a été confiée porte sur la stratégie des 1000 premiers jours. Plus concrètement, il s'agit d'apporter des éléments d'aide à la décision qui permettront à l'ARS de définir une stratégie régionale 1000 jours, notamment dans le cadre du futur PRS. Ainsi, mon premier axe de travail consiste à identifier l'ensemble des projets financés par l'ARS Bretagne sur les 1000 jours. Parallèlement, l'objectif est d'identifier le rôle des divers partenaires sur la thématique des 1000 jours et leurs objectifs prioritaires afin de pouvoir déterminer plus précisément la stratégie d'intervention de l'ARS Bretagne. Aussi, l'enjeu est d'appréhender la coordination entre les divers acteurs autour de cette politique globale de prise en charge du jeune enfant et de ses parents.

Durée de l'entretien : 1h min.

Thèmes	Questions principales
1. Présentation du projet des 1000 premiers jours de l'enfant	• Projet 1000 premiers jours de l'enfant - Qui est dans l'équipe projet des 1000 premiers jours ? - Avec qui travaillez-vous ? - Quel est le rôle et les missions de cette équipe ? - Quels sont les objectifs et finalités de la mise en place de cette équipe ?

2. Contexte et enjeux de la mise en place de la stratégie des 1000 premiers jours

- **Avant la mise en place de la stratégie**
 - Quels ont été les éléments précurseurs à la mise en place de cette stratégie ?
 - Limite des politiques de prévention qui étaient essentiellement curatives ?
 - Défaillances de la politique de prévention en protection de l'enfance en terme d'organisation (cloisonnement) ?
 - Limite de la décentralisation ?
- **La mise en place de la stratégie**
 - Quels sont les enjeux autour de la mise en place de la stratégie des 1000 premiers jours ?
 - En terme d'organisation : de nouvelles organisations territoriales ?
 - En terme de pilotage : De nouveaux acteurs ?
 - En quoi cette stratégie favorise le partenariat, la coordination sur les territoires ?
 - Si la mise en place de cette stratégie découle du national, en quoi cela permet de répondre aux enjeux et difficultés antérieurs ?
 - Quels sont les avantages et les limites d'une politique de décentralisation ?
 - Et inversement, les avantages et les limites d'une politique nationale en prévention de la protection de l'enfance ?
 - Comment faire de la décentralisation tout en gardant un système de protection de l'enfance universelle sur l'ensemble des territoires ? (reporting des acteurs de terrain ?)
 - La stratégie des 1000 premiers est donc une sorte de reprise en main de l'état dans le domaine de la petite enfance ?
- **Enjeux des services déconcentrés**

3. Place et rôle des services déconcentrés sur la stratégie des 1000 premiers jours	- La stratégie des 1000 premiers jours a-t-elle modifié la place et le rôle des services déconcentrés (ARS, DREETS) dans le domaine de la petite enfance ? - Quels sont les attentes du national envers les services déconcentrés ? - En quoi l'échelon régional est-il pertinent pour la déclinaison de cette stratégie ? des limites ? - Quels sont les moyens donnés aux ARS/ DREETS pour mener à bien cette déclinaison des 1000 premiers jours en région ? -- <i>Outils : AAP + contractualisation</i> -- <i>Définition des financements</i> - Comment l'ARS doit se positionner et se placer sur la stratégie ? (Rôle de financeur, de pilotage, de coordination... ?) • Coordination des services déconcentrés - Comment favoriser la coordination entre les acteurs institutionnels, services déconcentrés et le commissaire à la lutte contre la pauvreté ? Des acteurs qui étaient déjà en lien ou volonté de renforcer leurs partenariats ?
4. Perspectives	- Quels sont les perspectives de cette stratégie des 1000 premiers jours ?

Annexe 2 : Grille d'entretien type

- Grille d'entretien à destination des délégations départementales de l'ARS Bretagne

Date :	Lieux :
Introduction : Je m'appelle Célia Marais, je suis étudiante en master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique à l'EHESP à Rennes. Dans ce cadre, je réalise un stage au sein de l'ARS Bretagne dans la direction adjointe prévention et promotion de la santé pour une durée de 4 mois. La mission qui m'a été confiée porte sur la stratégie des 1000 premiers jours. Plus concrètement, il s'agit d'apporter des éléments d'aide à la décision qui permettront à l'ARS de définir une stratégie régionale 1000 jours, notamment dans le cadre du futur PRS. Ainsi, mon premier axe de travail consiste à identifier l'ensemble des projets financés par l'ARS Bretagne sur les 1000 jours. Parallèlement, l'objectif est d'identifier le rôle des divers partenaires sur la thématique des 1000 jours et leurs objectifs prioritaires afin de pouvoir déterminer plus précisément la stratégie d'intervention de l'ARS Bretagne. Aussi, l'enjeu est d'appréhender la coordination entre les divers acteurs autour de cette politique globale de prise en charge du jeune enfant et de ses parents. Durée de l'entretien : 1h min. <i>Enregistrement entretien.</i>	

Thèmes	Questions principales
1. Présentation de la personne interrogée	• Missions au sein de la structure - Quelle est votre profession ? - Quel est votre rôle dans la structure ? - Quelles sont vos missions ? - Avec qui travaillez-vous ? (Partenaires internes et externes) - Comment travaillez-vous avec le siège de l'ARS ?

2. Les enjeux territoriaux de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant

- **Les priorités du territoire**
 - Pour vous, quels sont les enjeux autour des 1000 premiers jours ? Si vous aviez 3 enjeux à identifier sur notre région sur les 1000 jours, quels seraient-ils ?
 - Quels sont les principaux besoins sur votre territoire, en lien avec la stratégie des 1000 premiers jours ? Quelles sont vos priorités ? Comment sont définies vos priorités ?
 - Les réponses apportées sur le territoire sont-elles suffisantes selon vous ?
- **Actions 1000 jours**
 - Quelles sont les actions développées/ soutenues sur votre département depuis plusieurs années concernant les 1000 premiers jours ?
 - Avez-vous déployé de nouvelles actions depuis la mise en place de la politique publique des 1000 premiers jours ? Lesquelles ?
→ AAP 1000 jours : MSP : actions de prévention et d'accompagnement en périnatalité sur le bassin de vie de Dinan
 - Comment a été reçue la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant par les acteurs de votre territoire ?
- **Focus parcours grossesse naissance**
 - Quels ont été les constats de départ ?
 - Qu'est-ce qu'un parcours grossesse naissance ?
 - Quels partenaires interviennent ?
 - Comment se concrétise ce parcours ? (Outils de coordination : convention, instance partenariale...)

	• Focus contrats locaux de santé - Pourquoi mobiliser ces outils dans le cadre de la petite enfance ? Comment cela s'organise ? Qui sont les signataires de ces CLS ? - Avez-vous des CLS sur votre territoire qui comportent des objectifs en faveur de l'enfance ? - Envisagez-vous d'inscrire des priorités 1000 premiers jours dans le cadre des CLS ?
3. La coordination et le partenariat autour des 1000 premiers jours	• Coordination 1000 jours - Quels sont les acteurs (partenaires) qui interviennent au quotidien avec vous sur les 1000 jours ? - Comment sont concrétisés vos partenariats ? (Contrat...) - Comment travaillez-vous ensemble ? Comment les acteurs se coordonnent-ils ? (Outil de coordination : réunion, groupe de travail...) - Avez-vous sollicité de nouveaux partenariats depuis la mise en place de la stratégie des 1000 premiers jours ? (Ou envisagez-vous de le faire ?) • Place de l'ARS - Que pensez-vous du déploiement de cette stratégie au niveau régionale ? Quels sont les avantages et les inconvénients ? - Selon vous, comment l'ARS (siège et délégation départementale) doit se positionner/ ou se positionne sur les 1000 jours ? (Rôle de pilotage, de financeurs...) - Selon vous, sur quels axes l'ARS Bretagne doit prioriser son intervention ?

Annexe 2 : Grille d'entretien type

- Grille d'entretien à destination d'une chargée d'étude scientifique de Santé Publique France : projet PANJO

Date : 02/05/22

Lieux : Visio

Introduction : Je m'appelle Célia Marais, je suis étudiante en master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique à l'EHESP à Rennes. Dans ce cadre, je réalise un stage au sein de l'ARS Bretagne dans la direction adjointe prévention et promotion de la santé pour une durée de 4 mois. La mission qui m'a été confiée porte sur la stratégie des 1000 premiers jours. Plus concrètement, il s'agit d'apporter des éléments d'aide à la décision qui permettront à l'ARS de définir une stratégie régionale 1000 jours, notamment dans le cadre du futur PRS. Ainsi, mon premier axe de travail consiste à identifier l'ensemble des projets financés par l'ARS Bretagne sur les 1000 jours. Parallèlement, l'objectif est d'identifier le rôle des divers partenaires sur la thématique des 1000 jours et leurs objectifs prioritaires afin de pouvoir déterminer plus précisément la stratégie d'intervention de l'ARS Bretagne. Aussi, l'enjeu est d'appréhender la coordination entre les divers acteurs autour de cette politique globale de prise en charge du jeune enfant et de ses parents.

Durée de l'entretien : 1h min.

Thèmes	Questions principales
1. Présentation de la personne interrogée et de la structure	• Présentation de la structure et des missions de l'interlocuteur - Quelles sont les principales missions de l'établissement ? - Quel est votre rôle dans la structure ? Quelles sont vos missions ? - Avec qui travaillez-vous ? (Partenaires internes et externes) • Missions sur la stratégie des 1000 premiers jours - Comment SPF se place concernant la stratégie des 1000 premiers jours ? Quelles sont vos priorités ? - Quels sont les partenaires ? (Outils de coordination, démarche partenariale...) Travaillez-vous avec des organismes spécifiques dans le cadre des 1000 premiers jours ?

2. Les actions probantes	• Les actions probantes - Qui sont les porteurs de ces actions probantes ? - Comment sont-elles définies comme telle ? Par qui ? - Comment et par qui sont-elles déployées sur le territoire ? (Financeurs) - Quel est votre rôle dans le déploiement de ces actions probantes ?
3. Les actions probantes en lien avec la stratégie des 1000 premiers jours	• Les actions probantes en lien avec les 1000 premiers jours : exemple de PANJO Contexte - Quels sont les constats de départ qui ont impulsé la mise en place de ce programme ? - Par qui et comment le programme a-t-il été mis en place/ pensé ? - Comment s'est concrétisé le déploiement de PANJO en Bretagne ? (à l'initiative de qui ? pourquoi ?...) Description - Quels sont les finalités/ objectifs de ce programme ? - À qui s'adresse principalement ce programme ? (Publics ciblés) - Par quels moyens l'efficacité de ce programme a été démontrée ? quels critères ? (Outils, indicateurs, études) - Quels sont les principes et actions moteurs de ce programme ? - Quels sont les professionnels mobilisés ? - Quelles sont les forces et limites de ce programme ? Pensez-vous à d'autres programmes en lien avec les 1000 premiers jours ?

Annexe 2 : Grille d'entretien type

- Grille d'entretien à destination de la référente 1000 premiers jours de l'enfant de l'ARS Centre-Val de Loire

Date : 12/05/2022

Lieux : Visio

Introduction : Je m'appelle Célia Marais, je suis étudiante en master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique à l'EHESP à Rennes. Dans ce cadre, je réalise un stage au sein de l'ARS Bretagne dans la direction adjointe prévention et promotion de la santé pour une durée de 4 mois. La mission qui m'a été confiée porte sur la stratégie des 1000 premiers jours. Plus concrètement, il s'agit d'apporter des éléments d'aide à la décision qui permettront à l'ARS de définir une stratégie régionale 1000 jours, notamment dans le cadre du futur PRS. Ainsi, mon premier axe de travail consiste à identifier l'ensemble des projets financés par l'ARS Bretagne sur les 1000 jours. Parallèlement, l'objectif est d'identifier le rôle des divers partenaires sur la thématique des 1000 jours et leurs objectifs prioritaires afin de pouvoir déterminer plus précisément la stratégie d'intervention de l'ARS Bretagne. Aussi, l'enjeu est d'appréhender la coordination entre les divers acteurs autour de cette politique globale de prise en charge du jeune enfant et de ses parents.

Durée de l'entretien : 1h min.

Thèmes	Questions principales
1. Présentation de la personne interrogée	• Organisation de l'ARS - Comment s'organise votre agence concernant la thématique de la périnatalité, la petite enfance et plus spécifiquement les 1000 premiers jours (direction, composition équipe 1000 jours...) ? • Missions de la personne interrogée (en lien avec les 1000 jours) - Quelle est votre profession ? - Quel est votre rôle dans la structure ? Quelles sont vos missions en lien avec les 1000 jours ?

	- Avec qui travaillez-vous ? (Partenaires internes et externes)
2. Contexte de la mise en place de la stratégie des 1000 premiers jours	• Contexte de mise en place de la stratégie des 1000 jours - Comment était investie la thématique de la périnatalité/ petite enfance sur votre territoire avant cette stratégie ? - Comment avez-vous reçu la mise en place de la stratégie des 1000 premiers jours ? A-t-elle modifié votre place sur cette thématique ? - A-t-elle suscité de nouveaux partenariats, consolidé des partenariats existants ? Lesquels ? - Comment sont concrétisés vos partenariats ? (Contrat...) - Comment travaillez-vous ensemble ? Comment les acteurs se coordonnent-ils ? (Outil de coordination : réunion, groupe de travail...)
3. Déploiement de la stratégie des 1000 premiers jours	• Enjeux / déploiement d'une stratégie régionale - Pour vous, quels sont les enjeux autour des 1000 premiers jours ? Des enjeux spécifiques propres à votre territoire ? - Que pensez-vous du déploiement de cette stratégie au niveau régionale ? Quels sont les avantages et les inconvénients ? - Comment s'est construit votre stratégie régionale ? (Outils, partenaires impliqués...) - Quel est votre rôle vis-à-vis de l'ensemble des acteurs sur le territoire sur les 1000 jours (ARS, CAF, Département, CPAM...) ? Comment vous placez-vous ? (rôle de coordinateur, d'animateur...) Selon vous, sur quels axes l'ARS Bretagne doit prioriser son intervention ? - Comment sont organisés vos rôles entre le siège et les délégations départementales ? • Outil de déploiement de la stratégie : les contrats locaux de santé

	- Pourquoi avoir fait le choix de mobiliser les CLS dans le cadre du déploiement de votre stratégie ? - Les CLS de vos territoires étaient-ils déjà mobilisés autour des questions de la petite enfance avant la mise en place de la stratégie des 1000 premiers jours ? - Quels sont les objectifs fixés par les acteurs dans le cadre des CLS ? - Quels sont les acteurs signataires/ participants à ces CLS ? - Comment les acteurs ont reçu cette stratégie des 1000 premiers jours ?
4. Perspective	- Quels sont vos perspectives ? - Allez-vous lancer un nouvel AAP avec la DREETS ? - Dans le cadre du nouveau PRS, comment envisagez-vous de placer la stratégie des 1000 premiers jours ?

Annexe 2 : Grille d'entretien type

- Grille d'entretien à destination de la conseillère médicale de l'ARS Centre-Val de Loire : projet REPAP

Date : 09/06/2022		Lieux : Visio	
Introduction : Je m'appelle Célia Marais, je suis étudiante en master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique à l'EHESP à Rennes. Dans ce cadre, je réalise un stage au sein de l'ARS Bretagne dans la direction adjointe prévention et promotion de la santé pour une durée de 4 mois. La mission qui m'a été confiée porte sur la stratégie des 1000 premiers jours. Plus concrètement, il s'agit d'apporter des éléments d'aide à la décision qui permettront à l'ARS de définir une stratégie régionale 1000 jours, notamment dans le cadre du futur PRS. Ainsi, mon premier axe de travail consiste à identifier l'ensemble des projets financés par l'ARS Bretagne sur les 1000 jours. Parallèlement, l'objectif est d'identifier le rôle des divers partenaires sur la thématique des 1000 jours et leurs objectifs prioritaires afin de pouvoir déterminer plus précisément la stratégie d'intervention de l'ARS Bretagne. Aussi, l'enjeu est d'appréhender la coordination entre les divers acteurs autour de cette politique globale de prise en charge du jeune enfant et de ses parents. Durée de l'entretien : 1h min.			
Thèmes		Questions principales	
1. Présentation de la personne interrogée		• Missions de la personne interrogée (en lien avec les 1000 jours) - Quelle est votre profession ? - Quel est votre rôle dans la structure ? Quelles sont vos missions en lien avec les 1000 jours ? - Avec qui travaillez-vous ? (Partenaires internes et externes)	
		• Contexte de l'expérimentation REPAP	

2. Expérimentation REPAP	- Quels sont les constats de départ qui ont conduit les pouvoirs publics à déployer cette expérimentation ? - En quoi le projet REPAP est-il innovant ? - Comment les territoires « test » ont été sélectionnés ? • Mise en œuvre opérationnelle de l'expérimentation REPAP en CVL - Pouvez-vous me dire en quoi consiste concrètement cette action ? - Quel est le public qui a accès à un accompagnement par un REPAP ? - Quels sont les acteurs mobilisés pour le déploiement de cette expérimentation ? Comment l'expérimentation a été reçue par les acteurs du territoire ? - Quelle est votre place et votre rôle en tant qu'ARS ? - Comment l'expérimentation est-elle évaluée ? S'il y en a, quels sont les premiers résultats ? - Que pensez-vous de cette expérimentation ?
3. Déploiement de la stratégie régionale des 1000 premiers jours	- Selon vous, qu'est-ce qu'apporte la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant ? (en terme de réponse aux besoins ; en terme organisationnel ?) - Que pensez-vous du déploiement de cette stratégie au niveau régionale par les ARS ? Quels sont les avantages et les inconvénients ? - Selon vous, comment l'ARS doit se positionner/ ou se positionne sur les 1000 jours ? (Rôle de pilotage, de financeurs...)

Annexe 3 : Grille d'analyse

Les enjeux relatifs à la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant	
Thématiques	Verbatim
Des disparités territoriales	Des disparités départementales <u>Entretien PMI</u> Des disparités sur la manière de décliner la politique sur les départements. Il faut un pilotage national avec un tronc commun exigé des services de PMI. Certains cadres référentiels mais trop larges et pas concrets : Code de l'action sociale et des familles et code de la santé publique. N'est pas précis. N'explique pas comment faire les choses. Des cadres de références mais qui ne sont pas opposables. Des départements qui ne respectent pas car il n'y a pas d'obligation. Cadre d'action tribulaire des moyens donnés <u>Entretien DREETS</u> « Oui c'est l'action de l'état, normalement elle doit être la même sur l'ensemble du territoire. Après on sait que les collectivités territoriales sont libres dans leur administration. » « certains conseils départementaux sont très moteurs comme *, ça se passe très bien. Par contre, c'est plus compliqué dans * où on a un conseil départemental qui a plus vocation sur l'accompagnement social notamment à vouloir se désengager, fin chaque année ils nous annoncent qu'ils veulent se désengager. Et après c'est aussi une affaire de personne. »

« dans d'autres départements, il y a plusieurs assos qui pour un même territoire nous ont présenté des projets plutôt en concurrence qu'en complémentarité quoi. Alors que dans un même département... c'est aussi le fruit de chaque département (...)»

Entretien délégation départementale ARS

« Bah avec le conseil départemental, ça se passe bien, après je pense qu'eux ont aussi des contraintes de personnel. Je vois bien que c'est compliqué, ils voudraient aller plus loin et ils ont aussi la compétence. Mais après ils sont soumis à pas mal de demandes avec de moins en moins de personnel pour réaliser ces demandes, donc c'est assez complexe. »

« parfois ils abandonnent même certaines de leurs missions. Nous on est un peu surpris quoi, car c'est quand même leurs missions de cœur quoi. Donc... j'ai un exemple en tête. Nous on travaille sur la mise en place d'une consultation dédiée pour les enfants de l'aide sociale à l'enfance, et du coup, l'idée c'était que les 0-6 ans, ça soit la PMI qui continue d'assurer ce suivi. Et je pense qu'ils sont tellement soumis à des restrictions de moyens que finalement, ils disent « on va prendre que les 0-2 ans » et on va vous laisser les autres. Et je trouve que voilà c'est quand même leur cœur de métier, ça questionne. »

Entretien ministère

« Vous pointez le rôle très important des conseils départementaux, à travers les services des PMI, en même temps, là on sait qu'il est diversement rempli par les conseils départementaux. Des PMI sont très investies, sont beaucoup en soutien des assistantes maternelles et des EAJE, et puis on le sait des PMI qui n'ont pas non plus un même niveau d'investissement. »

- **Un manque de clarté et d'articulation entre compétences des départements et de l'État**

Entretien DREETS

« Dans le cadre de l'hébergement d'urgence on vient créer des places pour les femmes enceintes ou sortant de maternité qui n'ont pas d'hébergement, on peut légitimement s'interroger « pourquoi ce n'est pas le CD puisqu'il a compétence sur les enfants ». Pourquoi l'état vient payer pour la Bretagne une vingtaine de places en fait pour ces femmes là et pourquoi ce n'est pas le CD puisqu'il a compétence sur les enfants. »

Un manque de coordination des acteurs	• Un manque de coordination des acteurs locaux <u>Entretien Assurance maladie</u> « Je pense que c’est vraiment la lisibilité en fait. On voit bien que c’est toujours... le gros problème c’est qu’il y a énormément de partenaires, énormément d’actions différentes donc c’est de savoir qui travaille sur quoi et de pouvoir bien articuler tous les interlocuteurs. » « Oui... et même tout ce qui peut être transmis par les professionnels de santé... Qu’on soit administrations ou professionnels de santé ou associations, ce serait bien d’avoir qu’un seul support en fait. Fin après c’est peut-être utopique, car chacun voudra avoir son mot... il y aura trois pages de logo » <u>Entretien Réseau périnatalité Bretagne</u> « tout le monde veut toujours informer en faisant des trucs comme ça (montre le flyer), mais au bout d’un moment, fin moi j’ai été sage-femme, je sais de quoi je parle, une femme enceinte, et j’ai eu des enfants aussi, une femme enceinte il faut voir le nombre de documents qu’elle reçoit. » « En fait on est bloqué parce que tout le monde a le même constat mais en fait tout le monde y va de sa petite initiative. C’est très bien mais ce qui a... c’est que moi pour moi, y aller de sa petite initiative c’est un plaisir professionnel mais on ne se met pas à la place des familles et notamment des plus vulnérables qui en fait sont noyés d’informations, de professionnels, d’actions et tout et qui ne voient plus clair, même les professionnels des fois ne savent même plus trop où donner de la tête. » « Ah oui, la même chose en terme d’information mais dit de façon différente ou on y met de l’affect, ou on y met de notre vécu personnel, puisqu’on a tous été des parents aussi, ou la plupart donc voilà. Et en fait bah les parents ça ne leur parle pas quoi. Il faut voir, nous on avait fait en travaillant là-dessus, une femme enceinte elle reçoit deux tables entières de prospectus. »
---	--

« si j'avais un souhait à donner en fait ça serait ça en fait, c'est d'arriver à ce que en France, pas forcément que en Bretagne, en France, le institutions , assurance maladie, CAF qui sont des acteurs principaux et qui ont en plus un pouvoir de communication extrême au niveau des usagers, puissent entendre que en fait, il faut qu'on se mettent tous autour de la table pour parler aux familles et parler de façon, pas c'est l'assurance maladie qui vous parle, non de parler, votre grossesse, votre santé, la santé de votre enfant, la santé de votre famille. »

« je pense que c'est un constat, vous avez rencontré d'autres partenaires, c'est comment trouver, travailler entre institutions au bénéfice des familles, ne pas multiplier les choses, les sources d'informations et peut être d'améliorer la cohérence du parcours. »

- **Des freins à la coordination des acteurs locaux**

Entretien PMI

« Par exemple la CNAF et CPAM ont des consignes nationales très fortes, et donc très compliqué de travailler ensemble (ex : des parents qui reçoivent le même papier par les différentes institutions : effet contraire) »

Entretien Réseau périnatalité Bretagne

« Et moi en fait, en tant que coordinatrice du réseau, j'avais initié ça avec les partenaires, l'ARS, la caisse d'assurance maladie d'Ille-et-Vilaine, la CAF aussi et la PMI , on avait travaillé tous ensemble pour essayer de faire un parcours pour d'abord travailler ensemble, connaissons-nous mieux et essayons de mutualiser ce qu'il y a à mutualiser, c'est-à-dire arrêtons de multiplier les actions et chacun y fait son petit truc... ce qu'il y a c'est que nous on a régionalisé depuis et moi j'ai essayé de refaire ça en région mais en fait j'y arrive pas »

« Moi c'est vrai que parce qu'en Ille-et-Vilaine on avait fait ce travail-là, et que j'aimerais bien reprendre ça au niveau régional mais c'est compliqué parce que justement on n'a pas le même découpage. Donc en fait on est régional et certains sont départementaux et que en fait c'est un peu complexe. »

« En fait on a l'impression que les départements sont relativement autonomes et que en fait chaque département fait un peu, n'ont pas la même façon de faire... »

	« ce qu'il y a c'est que dans un parcours une femme qu'elle soit en Ile-et-Vilaine ou dans le Finistère elle devrait avoir accès aux mêmes droits ... » « mais par contre après c'est pareil s'il faut s'appuyer sur chaque initiative de département et nous au niveau régional, ça veut dire que quand on apporte des informations, mais attendez-la c'est le * (département) donc faut pas qu'on dise ça... fin... voilà. » « Le problème de ces initiatives, c'est que nous le réseau par exemple on n'est pas forcément toujours au courant. Voilà, en fait il y a plein d'initiatives comme ça qui émergent partout... c'est bien mais pour qui c'est en fait ? fin les initiatives si elles sont faites et que les professionnels qui suivent les femmes enceintes ne sont même pas au courant de ça, je ne vois pas l'intérêt quoi » <u>Entretien délégation départementale de l'ARS</u> « On voit bien qu'il y a des démarches qui sont encore cloisonnées, je pense à la CAF et à la CPAM qui elles ont des directives très précises avec des outillages spécifiques qui contraignent un peu les démarches entre partenaires. »
L'opportunité de la promulgation de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant	• Conforte les missions des acteurs <u>Entretien CAF</u> Le rapport de Boris Cyrulnik est venu mettre en lumière et sur le devant de la scène des connaissances déjà existantes. La CAF avait déjà connaissance d'un certains nombres d'études sur le développement de l'enfant durant les 1000 jours. La majorité des réponses offertes par la CAF sont donc en lien avec les recommandations et les objectifs de la PP. La CAF n'a donc pas nécessairement développé de nouvelles actions depuis la promulgation de la PP mais a continué à déployer des actions.

Entretien PMI

1000 jours viennent légitimer des actions qui ont déjà été mises en place ou ont déjà été pensées.

Entretien Réseau Périnatalité Bretagne

« Là ça faisait des années qu'on fait ça, et on voit que par rapport à la stratégie des 1000 premiers jours on est quand même dans l'ensemble dedans quoi, c'est vrai que depuis des années »

« Et donc c'est vrai que les 1000 jours, nous ça nous a conforté dans les actions qu'on faisait depuis longtemps »

« la stratégie des 1000 premiers jours ça donne une feuille de route »

- **Répond aux besoins de coordination**

Entretien CAF

Pour la PP des 1000 jours, plus précisément, une commission qui regroupe les différents partenaires serait intéressante afin de se mettre d'accord sur les priorités du territoire, les objectifs de chacun et définir les zones prioritaires

La CAF évoque que les professionnels de terrain doivent se coordonner, créer du lien mais que les acteurs institutionnels doivent également définir leurs objectifs prioritaires, s'assurer de la complémentarité de leurs réponses apportées et définir une stratégie commune sur les 1000 jours.

Volonté de la CAF de travailler davantage avec l'ARS sur les questions de parentalité.

Entretien Réseau Périnatalité Bretagne

« J'espère que dans la stratégie des 1000 jours on parle de référent parcours périnatal, j'espère que ça va aider... il y a 5 expérimentations qu'il va y avoir pendant 18 mois, donc là ça va faire 1 an en 2022. Ça sera peut-être fin 2022 mi 2023, donc en fait je ne sais pas, d'après ce qu'on entend ça serait plutôt les sages-femmes qui seraient... mais rien n'est sûr.

En tout cas ces professionnels qui deviendraient référents de parcours j'espère que ça y mettra un peu plus de cohérence, de lien entre les partenaires, en tout cas nous au niveau du réseau faudra qu'on s'en saisisse pour travailler ensemble, les former, voir quelle formation il peut y avoir, car c'est des professionnels qui ont besoin d'avoir une connaissance, certes médicale, ou dans tous les cas une approche du parcours médical ou de soin mais aussi une approche sociale, de savoir qui interpellent pour la notion des droits... l'accès aux droits... il y a déjà des choses au niveau des CAF qui se sont développées pour les jeunes parents, mais des professionnels de santé qui ne savent absolument pas que ça existe. »

Entretien délégation départementale ARS

« Mais après l'idée c'est vraiment de pouvoir organiser fin avoir une instance un peu de coordination, voilà mais je ne sais pas sur la question des 1000 jours comment on va déployer vraiment au niveau départemental. Parce que je sais déjà qu'il y a une réflexion au niveau régional ».

Entretien ministère

« Il y a une direction projet, fin il y a une directrice de projet qui a un adjoint et on a également une stagiaire, et un apprenti communication. C'est ça la direction de projet. Fin il n'y a pas d'équipe. La direction de projet elle est là en animation, coordination des actions menées par l'équipe projet. L'équipe projet en fait elle est inter directionnelle et inter institutionnelle. Les 1000 premiers jours ce n'est pas une strat en plus. C'est un cadre qui regroupe et met en cohérence les actions qui sont portées par les différentes directions de l'administration centrale, donc il y a des actions portées par la direction générale de la santé, par exemple l'expérimentation du REPAP voilà c'est la DGS, l'entretien prénatal précoce ou demain l'entretien post natal c'est la DGS. On a des actions portées par la DSS, la direction de la sécurité sociale, l'allongement du congé paternité et son suivi, c'est la DSS. Demain, s'il y a des actions relatives à un service public petite enfance, un droit opposable à la garde d'enfant, voilà bah la DSS va être aussi une cheville ouvrière importante. Idem des actions portées par la DGCS, cohésion sociale. Typiquement, la production... tout le volet un peu communication sensibilisation a beaucoup été porté par la DGCS sur la création d'une application mobile, la création d'un livret... on a également des actions portées par santé publique France, notamment le site internet, 1000 premiers jours.fr, la campagne de sensibilisation au marketing social a été menée à l'automne et à l'hiver. Des actions menées par la caisse nationale des allocations familiales, expérimentation des groupes de parents, un travail de recensement en 2022 et de plaidoyer sur le répit parental. Des actions, en propre non, mais la CNAM participe directement à l'ensemble des travaux et notamment fait tous les liens, typiquement la mise en œuvre de l'entretien post natal... Idem la MSA qui

	est membre de cette équipe projet qui est une équipe d'une douzaine de personnes et le travail de la direction de projet c'est de les faire travailler (rires), de les faire travailler ensemble et qu'il y est... voilà de les faire travailler ensemble avec cette dynamique partenariale. » « Voilà, donc ça c'est le rôle de la direction de projet. Il y a ensuite l'équipe projet, je le mets... au-dessus en dessous mais il n'y a pas de lien hiérarchique il y a un lien d'animation. Et au sein de... dans cette équipe projet il y a des chefs de projet qui eux sont à l'intérieur de leur administration. » « Donc le sujet n'était pas nouveau, la littérature scientifique existe depuis une grosse dizaine d'années, une vingtaine d'années, plus, un portable par l'OMS et par l'INPES du concept et une volonté qui était forte aussi chez plusieurs acteurs, aujourd'hui actifs auprès des jeunes enfants et des parents, d'effectivement avoir un cadre plus coordonné, plus intégré de leurs actions. Dépasser les clivages entre voilà l'action de la branche famille et l'action de l'assurance maladie par exemple. C'est les mêmes parents... il s'agit aussi à travers... en posant ce cadre nouveau d'amener les administrations, d'abord au niveau national, et puis aussi au niveau local, à avoir cette approche centrée sur l'enfant et ses besoins et non pas structurée selon les dispositifs, les clivages, les financements... » « C'est un point sur lequel on insistera, notamment la nouvelle instruction 2022, d'avoir une réelle dynamique partenariale, traiter le sujet des 1000 premiers jours de manière partenariale avec les ARS d'un côté mais aussi avec tout le volet on va dire social, au niveau régional un interlocuteur qui est le commissaire ou la commissaire pauvreté qui a une bonne connaissance aussi de l'ensemble des sujets notamment accueil du jeune enfant, soutien à la parentalité etc... et puis au niveau départemental, vous avez évoqué les CAF, les CPAM, les MSA et puis les conseils départementaux qui sont essentiels à la fois en santé de la mère et du jeune enfant mais aussi sur les modes d'accueil du jeune enfant. Et puis le bloc communal. » « L'instruction mentionne les nouveaux comités départementaux des services aux familles. Je ne sais pas où ça en est dans les différents départements Bretons. Ils sont nouveaux. Enfin, ils sont anciens et ils existent depuis 2014, avec un périmètre strictement branche famille, et depuis une ordonnance de mai dernier, et un décret de décembre dernier, ils ont un peu changé de nature, ça devient la seule instance départementale partenariale pour traiter les sujets qu'on va
--	---

dire services aux familles, mode d'accueil du jeune enfant premier pilier et le soutien à la parentalité avec une approche qu'on souhaite décloisonner, en travaillant l'articulation entre les différentes politiques publiques, les liens avec des politiques publiques un peu connexes qui vont être le logement, la lutte contre la pauvreté... et puis en ayant en tête justement comme objectif global qui est finalement le développement de l'enfant et un focus sur la petite enfance, les 0-3 ans parce que les modes d'accueil sont très présents dans ces comités et donc on tourne beaucoup autour des 1000 premiers jours, un focus sur les différentes phases du développement. Ce n'est pas seulement penser des solutions de garde pour les enfants en résumé mais c'est aussi comment les modes d'accueil peuvent y contribuer au développement de l'enfant, à sa santé, voilà. Ces comités sont présidés par les préfets, les ARS sont plus qu'invités à en être membres, les préfets sont plus qu'invités à faire en sorte que les ARS y participent, les délégations territoriales ou départementales. Et puis voilà donc... il y a une instruction de la DGCS qui va sortir sur le sujet qui précisera un peu les choses mais c'est une bonne instance dans laquelle porter justement cette stratégie, cette dynamique partenariale que vous évoquez. »

« il y a deux choses, il y a un... premièrement inviter à travers certains dispositifs, inviter à... pardon, en promouvant certains dispositifs donc forcément partenariaux, c'est un peu... c'est un peu l'idée, on soutient, ce qui permet de créer du lien. Typiquement parmi les actions 1000 premiers jours 2021, vous avez vu le renforcement des staffs médico-psycho-sociaux des maternités. Bah justement ça les staffs, c'est ce qui permet de créer du lien entre les différents acteurs. Idem l'expérimentation du référent parcours périnatalité, de la même manière, le référent il n'est pas dans le soin, mais par contre il est là pour créer... orienter les parents sur la carte, leur propre carte territoriale des différents acteurs. Donc ça, il y a une focalisation sur des dispositifs qui font le lien. »

« Donc il y a une piste qui est proposée, par exemple c'est de traiter le sujet des 1000 premiers jours dans les comités départementaux des services aux familles comme instance unique de discussion et de pilotage avec une association étroite des ARS à ces dispositifs qui jusqu'à présent, les ARS... je ne sais pas quelle était la situation dans les départements Bretons, mais le plus souvent les ARS étaient assez distantes de ces comités tels qu'ils existaient jusqu'à maintenant. Voilà donc c'est un peu, je renforce un peu là-dessus... les 1000 premiers jours, c'est une focalisation dans les actions nouvelles, il faut une focalisation sur des mesures qui créent du lien et qui font le lien entre les différents sujets. »

La déclinaison de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant par les ARS	• La place de l'ARS <u>Entretien Assurance maladie</u> « Bah je pense que c'est vraiment l'ARS qui est au pilotage du projet. » « c'est ce qui découle aussi de la politique nationale. Du fait qu'il y avait la mise en œuvre, fin qu'il devait réaliser et construire la feuille de route, pour la déclinaison de la politique nationale. C'est pour ça que pour moi c'est eux les pilotes et il n'y a aucun... je n'ai pas de doute sur ce point-là. Après c'est sûr que en tant qu'assurance maladie on peut intervenir en complément, en partenariat sur nos champs en fait en fonction des axes qui pourront être identifiés. » <u>Entretien PMI</u> 1000 jours : L'ARS doit être l'autorité. Trouver les réponses aux problèmes. Rôle de pilotage. Rôle de contrôle. <u>Entretien délégation départementale ARS (1)</u> « mais nous en effet on peut être là dans la coordination, mais on va aussi plutôt être là en proximité avec les acteurs. Et surtout les sujets de manière générale, par exemple pour les CLS, on va présenter la politique régionale, et on va plutôt être sur la déclinaison de la politique régionale sur le... expliquer les priorités, les orientations pour l'ARS » <u>Entretien délégation départementale ARS (2)</u> « on voit bien finalement que c'est des acteurs assez différents, qui interviennent sur cette période spécifique de la vie, et il fallait sans doute quelque part organiser la coordination de ce qui se faisait sur les territoires et entre les différents partenaires, et je me dis que c'est là où on a un rôle à jouer. C'est effectivement les amener à se coordonner, repérer où il y a des manques, pour pouvoir se dire voilà là on voit qu'il n'y a pas et il faut qu'on y aille car ça a du sens. Voilà moi c'est plutôt comme ça que je vois notre rôle en fait. » <u>Entretien délégation départementale ARS (3)</u>
--	--

	« Je dirais que c'est un peu des deux. C'est un rôle de coordination dans le sens où on fait se rencontrer les différents acteurs et on voit bien qu'il y a des rouages qui doivent être renforcés ou créés lorsqu'ils n'existent pas. Mais nous sommes aussi acteurs dans notre rôle de création de place, d'accompagnement de l'offre. » « Il faut savoir que dans le département des acteurs Y attachent un grand intérêt. Le rôle de l'ARS est d'assurer cette coordination et également d'assurer les missions avec les autres acteurs. » « Elle a ce rôle de coordination en tenant compte des enjeux et des priorités des autres partenaires car elle n'a pas la main sur tout. La CPAM par exemple répond aux directives de la CNAM donc ce n'est pas l'ARS qui aura son mot à dire. » <u>Entretien ministère</u> « Il y a les ARS évidemment qui sont en ligne, qui sont en ligne sur tout le volet sanitaire du projet et qui apportent beaucoup au projet. » « Reconnaissance du rôle plus officiellement du rôle que peuvent jouer les ARS notamment dans l'accueil du jeune enfant et du soutien à la parentalité. Ce qui n'était pas forcément... et en particulier aussi au titre de la santé environnementale qui est un sujet voilà un peu récent aussi, et qui peut être porté par les ARS auprès de ce secteur. » « Je dirais que le niveau régional il a, en terme de répartition peut-être des missions, chaque ARS aussi y réfléchit, au niveau régional il y a la pertinence, fin il a la mission principale de la dimension stratégique d'une politique par exemple en matière des 1000 premiers jours : être capable d'identifier les différents enjeux de la politique, des politiques, et donc des politiques qui sont portées par différents acteurs. Et d'insuffler cette réflexion là au niveau départemental en s'appuyant, si ça fonctionne comme ça dans une ARS, ça dépend d'une ARS à l'autre, en s'appuyant sur les délégations ou directions départementales. » « Donc l'ARS elle joue, elle fait son rôle en lien avec les partenaires immédiats au niveau régional que vont être la DREETS, le ou la commissaire pauvreté, la DRAC également qui peut jouer un rôle important sur tous les sujet d'éveil aux arts et à la culture. Je prends l'exemple de PACA, ils sont en train de monter un comité de pilotage régional des 1000 premiers jours. Au niveau régional avec les acteurs que j'ai évoqué et avec comme ambition derrière d'alimenter, d'outiller, les échelons départementaux. Pour que ceux-ci puissent travailler avec ces indications, suggestions fournies par l'échelon
--	--

	régional. Ensuite, la déclinaison très concrète des actions, il est plus logique qu'elle se fasse au niveau départemental. On a là une meilleure connaissance du terrain etc. » « En tout cas le rôle, qui peut être le plus reconnu aux ARS c'est de porter la voie du sanitaire ou du moins la voie de la santé du jeune enfant et de ses parents avec une vision large de la santé auprès des autres acteurs qui interviennent auprès des parents et des enfants. Les acteurs qui sont en particulier ceux des modes d'accueil du jeune enfant, les dispositifs de soutien à la parentalité, mais aussi les acteurs de l'éveil culturel et artistique. Et ça, parce que les ARS peuvent sonder leurs discours et derrière leurs propositions d'actions sur une littérature scientifique relative au développement de l'enfant, à sa santé y compris ... fin les travaux qui ont rassemblé la commission 1000 jours, elle apporte cette légitimité aussi à une politique publique et une politique publique au sens large, une politique publique de prévention promotion de la santé qui doit sortir du cadre effectivement du cadre sanitaire. Donc c'est un peu un rôle de porte-parole, de sensibilisation... dans un cadre qui est partenarial. Je crois pas, même si, je ne sais pas ce qu'il va se passer dans les années à venir, peut-être qu'on va constater dans certaines régions ou dans certains départements, ce qui est tout à fait possible, que l'ARS prend le lead parce qu'il y a une personne qui est plus dynamique sur le sujet... et dans un autre département ça va être la CAF avec le souci bien entendu d'associer l'ARS. Je ne suis pas sûr qu'il faille aujourd'hui en tout cas dire, le chef de file doit être. La politique publique des 1000 premiers jours c'est partenarial, l'important c'est justement de travailler ensemble, ce qu'on n'arrivait pas très bien à faire jusqu'à maintenant. » « Dans la situation actuelle, il y a forcément des échéances d'une ARS à l'autre dans leur appropriation de l'objet 1000 premiers jours. En même temps vous constatez qu'il n'y aura pas de rejet (rires) parce qu'il y a eu déjà des politiques mises en place, le sujet trouve facilement sa place dans les ARS. On en voit qui sont particulièrement dynamiques sur le sujet des 1000 premiers jour, je pense à Nouvelle Aquitaine qui a présenté une stratégie régionale des 1000 premiers jours. Ils ont présenté ça le 3 mars avec certains organismes pour identifier un référent 1000 premiers jours... demain... en tout cas aujourd'hui il est trop tôt pour dire voilà ce sont les ARS qui ont vocation à être chefs de file de la politique des 1000 premiers jours. D'autant plus que la politique des 1000 premiers jours elle se caractérise par sa transversalité, alors vous allez me dire c'est complexe et tout ça, je suis d'accord, et en même temps c'est ce qui fait sa richesse, on ne va pas éliminer cette richesse-là, cette diversité qui allie le sanitaire au médico-social. » • Les attentes des acteurs
--	---

	<u>Entretien PMI</u> L'ARS doit permettre d'avoir un contenant sur la santé pour améliorer les réponses du département en terme de santé. L'ARS force de frappe politique. Par exemple, si manque de puéricultrices, faire remonter aux élus du département, qui se mettent en lien avec les ARS. Guide et étayage sur les politiques petite enfance santé publique et sur des réponses techniques. Appui sur l'aspect régional, force de frappe pour développer moyens ou avoir réponses. Une équité départementale : si moins bien lotis, besoin de plus aider Stratégie des 1000 jours : état/ ARS. Pertinent car chaque service de PMI fait comme il veut. Donc vient harmoniser. • Pertinence de l'échelon régional comme territoire d'intervention <u>Entretien DREETS</u> « l'intérêt que nous la région on intervient sur cette action là, c'est qu'on a une visibilité du territoire au-delà des départements et on peut visualiser les zones blanches, les carences du territoire interdépartementales surtout. Chaque département a une vision départementale mais nous du coup on cumule les 4 départements et on peut détecter facilement ou repérer des actions qui peuvent se faire interdépartementales, c'est au niveau de la frontière très proche des départements qui font que... il manque quelque chose, soit une route, soit des actions, des acteurs ou des institutions et qui font que du coup ça reflète bien les territoires ou sont actuellement la pauvreté, la vulnérabilité... voilà l'insécurité. On voit bien, tout dépend de cette frontière interdépartementale qui n'est pas couverte soit par tout le monde soit par personne. » <u>Entretien délégation départementale de l'ARS</u> « Moi je trouve ça cohérent, dans le sens où c'est vraiment une stratégie, à la base, d'origine nationale donc du coup qu'au niveau régional il y a ces discussions, parce que l'important aussi c'est de pouvoir vraiment structurer les choses, avec des acteurs qui finalement travaillent déjà depuis très longtemps sur ces thématiques. Donc c'est en quoi et comment est-ce que l'Ars peut travailler sur ces questions. Parce que par exemple la CAF, voilà, les CD sont des interlocuteurs
--	---

	importants et il faut voir comment est-ce qu'on peut... bah nous voilà apporter ce côté santé... à intervenir. Je trouve ça tout à fait normal, après, qu'on conçoit au niveau régional pour après que ce soit déployé au niveau départemental. » <u>Entretien ministère</u> « un atout, justement de l'existence de cet échelon régional, c'est l'incitation et le partage de ce qui est fait, vers un rôle qui peut être d'animation d'abord des délégations sur un tel sujet, partage d'éléments de stratégies, de bonnes pratiques, etc... pour dépasser l'échelon départemental qui en reste... » <u>Entretien ARS CVL</u> « Je pense que nous au niveau régional, la facilité que l'on peut avoir c'est tout ce volet promotion, valorisation et puis on a une force de frappe quand même plus importante notamment en terme de communication quoi. »
Les outils des ARS	• Contractualisation ARS/préfets/départements <u>Entretien Ministère</u> « la contractualisation c'est un outil et ce n'est pas un outil spécifique 1000 jours, mais c'est un outil qui peut être utilisé pour soutenir une dynamique locale et soutenir le développement d'une offre de service, de cette offre de service intégrée. » « on a utilisé également la mise en œuvre de la stratégie nationale prévention protection de l'enfance qui a notamment un volet de soutien au Pmi et qui est utile y compris pour les 1000 premiers jours. C'est d'abord un outil stratégique prévention protection de l'enfance. » « Mais voilà, ce n'est pas... c'est pas la contractualisation qui justifie le chantier des 1000 premiers jours. La contractualisation c'est un outil possible pour accompagner la politique, la territorialisation du moins de la politique des 1000 premiers jours. »

« Mais oui on le sait que la contractualisation stratégie nationale prévention protection y compris la contractualisation pauvreté, elle peut servir des actions on va dire multi-réseaux mais parce qu'elles sont tournées vers la population qui nous intéresse. La stratégie prévention protection elle permet de soutenir les PMI notamment dans les visites à domicile et les visites à domicile c'est une des priorités 1000 premiers jours. »

- **Appels à projets**

Entretien ministère

« Ça a été ensuite à travers les AAP, notamment les AAP 2021, inciter à travailler ensemble dans une approche qui est populationnelle. Et c'était... voilà, on sait que ce n'était pas forcément le cas avant, ou de manière trop ponctuelle etc... Et, donc le but était d'avoir des AAP, autant que possible co-portés, par les ARS et les DREETS et les commissaires pauvreté, que ça puisse être travaillé à échelle départementale avec les différents secteurs, en dépassant et en prenant des habitudes pardon de travail, de travail partenarial. Mais les AAP ils étaient là, un pour tester, de nouveaux dispositifs pour répondre aux besoins et aux objectifs des 1000 premiers jours et d'inciter aussi cette démarche partenariale, qui demain peut être notamment reprise enfin dès 2021, peut être notamment reprise dans un cadre renouvelé de gouvernance locale. »

Entretien DREETS

« Alors nous on a impliqué un peu les DEETS sur le sujet puisqu'on n'a pas voulu balayer des sujets sans leur accord, c'est quand même eux qui ont les connaissances sur le territoire. Donc c'était intéressant de les impliquer aussi sur le choix des actions sur les 1000 premiers jours.

Et ce qui est pertinent aussi c'est l'échange aussi des argumentations de chacun, on a chacun nos visions C'est vraiment l'articulation avec leurs projets locaux aussi, leurs connaissances du tissu local qu'on n'a pas, l'idée c'est pas que le régional décide et aille contrecarrer certains projets existants déjà au niveau de certains départements. »

- **Contrats locaux de santé**

Entretien délégation départementale de l'ARS (1)

« On voit que... les collectivités. Les EPCI. C'est pour ça que dans le cadre des CLS, on travaille sur ces questions-là mais c'est plutôt la prévention... je vois nous sur le CLS de Morlaix, c'est la prévention et promotion de la santé, on a cet axe de ... bah... favoriser une alimentation plus saine, fin voilà, des choses qui vont agir directement sur le public, comme renforcer les compétences psychosociales dès le plus jeune âge. Voilà donc c'est vraiment accès et mettre en place des actions assez rapidement auprès des publics. Pour autant on n'a pas un axe ciblé sur les 1000 jours. Je pense que c'est quelque chose qui pourrait être intéressant parce qu'au niveau de la PMI, la PMI justement participe à ces fiches actions mais je pense ouais c'est des acteurs à part entière fin il pourrait y avoir une fiche action un peu plus dédiée, fin en tout cas la déclinaison je pense, fin ça peut être intéressant de retrouver la stratégie 1000 jours plus au niveau territorial dans le cadre des CLS qui sont un moyen aussi de mettre en place la politique de santé et de développer des actions. »

« Moi je pense que c'est un bon moyen effectivement de développer ce type de programme mais je ne sais pas si ça a pu se faire sur d'autres CLS, d'autres territoires... mais c'est très intéressant effectivement de s'appuyer sur cet outil pour décliner. »

« Aujourd'hui... on a aussi l'outil... les CLS permettent de travailler plus facilement avec ces partenaires. On n'a pas forcément l'habitude de travailler, notamment avec les collectivités. Je pense que voilà c'est une belle opportunité aussi de pouvoir développer des actions communes et finalement c'est vraiment une période charnière et cette stratégie permet de mettre l'accent sur «il faut aussi accompagner et intervenir à cet âge-là ».

« Ce qui pourrait être intéressant c'est qu'effectivement, que la stratégie 1000 jours quand elle sera aussi bien identifiée, voir comment elle peut être déclinée un peu plus localement, et en s'appuyant sur les CLS notamment. On a cette possibilité puisque c'est un outil de contractualisation de la collectivité avec l'ARS. Et il y a souvent comme signataire la CPAM, CAF et les collectivités. Donc ça peut être un bon moyen de la décliner localement. Même si aujourd'hui il faut aussi pouvoir... »

« je pense que ça peut être un bon outil. Puisque c'est les acteurs de proximité qui travaillent... on a aussi les libéraux dans... les représentants URPS... ça peut être intéressant de les approcher aussi. Fin voilà c'est la possibilité d'intervenir en proximité. Donc voilà sur les 1000 jours nous on a quelques projets qu'on suit au niveau départemental et on a aussi

	entendu des programmes malins qui peuvent être très intéressants à intervenir aussi. C'est intéressant ce que vous faites, votre travail... après ça va vraiment nous aider aussi je pense à structurer. » <u>Entretien délégation départementale de l'ARS (2)</u> « moi dans mes objectifs ça serait justement dans le cadre de nos contrats locaux de santé on arrive à voir émerger de plus en plus d'actions qui concernent cette période des 1000 premiers jours. Voilà c'est vraiment l'idée de pousser ça au maximum y compris avec les opérateurs qu'on finance déjà pour leur dire effectivement il y a vraiment une attention avec ce public-là, nous on voudrait vraiment voir des choses en fait en direction de ce public. » « c'est pour ça que je trouve que le CLS pour moi c'est le bon lieu en fait. En plus ça permet de l'inscrire dans un contrat ou finalement l'ARS s'engage avec la collectivité et il y a tout un tas de partenaires qui sont cosignataires donc pour moi c'est une vraie démarche derrière, c'est un vrai engagement de tous les partenaires. » <u>Entretien ARS CVL</u> « d'après les premiers échanges qu'on a avec les délégations départementales, il faut vraiment miser sur les CLS parce que les 1000 premiers jours c'est typiquement une politique transversale et partenariale et l'échelle CLS apparaît effectivement comme pertinente. Beaucoup plus, après je ne sais pas si s'est partagé par tous les départements, en tout cas il y a des départements qui nous ont dit ça, beaucoup plus que les CPTS par exemple, alors que pourtant c'est vrai qu'ils ont une approche populationnelle aussi. » « Je pense que c'est vraiment le côté multipartenarial, connaissance globale de l'ensemble des acteurs d'un territoire, qui peuvent à un moment contribuer à la politique des 1000 premiers jours. » « c'est au niveau des référents départementaux, des référents prévention dans les DD ARS. Ils se sont dit que vraiment c'est au niveau des CLS que ça pouvait bouger. Et donc le lien s'est fait comme ça. Là pour l'AAP 2022 on va renforcer encore dans le guide de financement la plus-value puis en tout cas l'importance, fin d'ancrer cette politique vraiment au niveau territorial et en transversalité. »
--	--

	« Oui c'est les CLS qui travaillent en partenariat avec des professionnels de santé, des maisons de santé, éventuellement des acteurs culturels, des associations... c'est le CLS qui sur son territoire va mettre en réseau les professionnels qui peuvent intervenir. » • Programme PANJO dans la contractualisation ARS/ préfets/ départements <u>Entretien délégation départementale ARS</u> « Oui ils sont très engagés dans le dispositif, la médecin chef de la PMI en a fait un axe fort. Vraiment, c'est l'axe majeur de son service. Parce que je pense aussi que pour eux, honnêtement, ça a été aussi une opportunité pour donner du sens à leurs actions. Parce que la PMI en tout cas sur le département * était en souffrance depuis 2 / 3 ans, là on était sur un nouveau médecin qui venait d'être nommé, l'ancien médecin était parti, et je pense que derrière se poser la question du projet service de la PMI et que c'est venu donner du sens en fait, c'est l'impression que ça m'a donné, c'est venu donner du sens à leur projet et à leur pratique. » <u>Entretien Santé publique France</u> « PANJO c'est un peu particulier car c'est un programme qui a été développé par santé publique France, qui a été évalué par santé publique France et là dans le déploiement en fait, si vous voulez c'est nous qui avons créé les outils qui sont utilisés pendant les séances de visites à domicile et fin les concepts théoriques, tout ce qui sous-tend en fait le programme » « il y a tout le guide de formation, nous on forme aussi les professionnels en appui avec l'institut de la parentalité. Donc eux ils sont plus sur les concepts théoriques de l'attachement etc..., nous on est sur comment en fait mettre en œuvre l'intervention, comment utiliser les outils, qu'est-ce qu'il faut faire un petit peu dans le programme, en quoi consiste le programme et après il y a aussi toute la mise en pratique aussi de ces outils. Et puis après on évalue après aussi ce déploiement. » « Oui, PANJO il faut savoir que là c'est la troisième version. Là le deuxième il y a des départements qui avaient déjà été formés notamment le Finistère, la métropole de Lyon, et qui seront reformés, parce qu'ils n'avaient pas formé l'ensemble
--	---

de leurs professionnels, donc ils complètent, ils continuent ces formations. Et du coup il y a la Bretagne, et il y a la Réunion. Et après je crois qu'il y aura bientôt la Haute-Garonne et il me semble que la région bordeaux, c'est en discussion, c'est petit à petit parce qu'on n'est pas nombreux non plus et faut qu'on puisse nous aussi former... le déploiement se fait petit à petit. »

- **REPAP**

Entretien ministère

« On a parlé du REPAP, idem, faire le choix d'allonger les congés paternité c'est un dispositif qui est à la fois sur la conciliation vie familiale et vie professionnelle, sur l'égalité entre les femmes et les hommes, mais aussi sur le développement de l'enfant parce que ça favorise le lien d'attachement entre le père et l'enfant, etc., etc., etc. Mais aussi le mode d'accueil parce que ça peut être un moyen de favoriser l'accès voilà. Donc c'est focalisation sur des dispositifs qui sont par essence à l'articulation de différentes politiques publiques. Incitation à ce travail partenarial. Et la prochaine étape, c'est la structuration et la pérennisation un peu de ce travail. »

Entretien ARS CVL

Région CVL présentait déjà une dynamique autour des 1000 premiers jours de l'enfant (en Loire Touraine).

Un collectif d'acteurs avait mis en place un projet reposant notamment sur la mise en place d'un référent parcours périnatalité. C'est pour cela que le territoire a été choisi.

Ce territoire se compose de nombreuses sages-femmes qui sont ainsi devenues REPAP.

Mais par exemple en Guyane, il y a beaucoup de travailleurs sociaux, et donc ils se sont engagés dans cette fonction.

- **Parcours grossesse naissance**

Entretien délégation départementale de l'ARS

	« Dans le cadre de l’instruction 1000 jours, cela paraissait important que l’on puisse mener cette démarche d’autant plus que le conseil départemental était aussi très intéressé. » « Nous avons essayé de réaliser une synthèse en se basant sur 4 moments clés (la déclaration de grossesse / le 4eme mois / l’accouchement / La sortie de maternité). » « Ce tableau est issu des réunions que nous avons eu jusqu’à présent (il y en a eu 2 ou 3) et nous avons réalisé une synthèse. Lors de notre prochaine réunion, nous avons besoin de compléter et valider le qui ? Quand ? Et à quel moment ? Afin d’établir un calendrier. » « Globalement ils étaient satisfaits après il faudra voir selon chacun et c’est tout l’intérêt de notre prochaine réunion (qui fait quoi ?). On sent quand même de fortes attentes, d’autant plus dans le département nous avons des difficultés liées à la démographie des professionnels de santé, difficultés des hôpitaux... Donc quand on a une offre qui est rare ou en difficulté, c’est d’autant plus important d’organiser les parcours. ».
--	--

Annexe 4 : La place de l'ARS Bretagne dans la réponse aux objectifs nationaux de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant

Instruction Stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant 2022

1. Consolider les actions engagées

Mesures	Acteurs
Renforcer le parcours 1000 premiers jours	
Développement de l'entretien prénatal précoce (EPP) en favorisant l'information et la formation des professionnels	ARS Bretagne
Soutien à la mobilisation des staffs médico-psycho-sociaux des maternités	ARS Bretagne
Développement des visites à domicile	ARS Bretagne
Expérimentation de groupes de naissances (accès aux droits, lutte contre l'isolement, démarche de pair-aidance)	CAF / MSA
Décliner le parcours 1000 premiers jours pour les situations de vulnérabilité	
Renforcement des équipes mobiles et des unités de soins conjoints en matière de psychiatrie périnatale	ARS Bretagne
Expérimentation des différents types d'organisation d'accompagnement à domicile pour ce qui concerne la prématurité	ARS Bretagne

Généralisation des services d'accompagnement à la périnatalité et à la parentalité pour les parents en situation de handicap	ARS Bretagne
Expérimentation du « référent parcours périnatalité » dans 4 territoires pilotes	x
Donner du temps aux parents et favoriser la qualité de l'accueil du jeune enfant	
Déploiement de la réforme du congé paternité sur une année pleine	Assurance Maladie / MSA
Amélioration de la qualité de l'accueil du jeune enfant	CAF / MSA
Application des principes clés de la charte nationale 2022 en matière de soutien à la parentalité	CAF / MSA
Poursuivre la dissémination des connaissances sur les 1000 premiers jours et la sensibilisation des parents et professionnels	
Expérimentation à plus grande échelle de la remise systématique d'un sac des 1000 premiers jours lors du séjour à la maternité	Ministère des solidarités et de la santé
Enrichissement de l'application mobile 1000 premiers jours de nouveaux contenus	Santé Publique France
Campagnes sur la diversification alimentaire	Santé Publique France

et sur les 1000 premiers jours	
Sensibilisation des professionnels de santé (médecins-sages-femmes) menée par l'Assurance maladie	Assurance Maladie
Application de l'opération « Vous êtes les professionnels des 1000 premiers jours » afin de favoriser l'information sur les actions mises en place et la sensibilisation aux priorités des 1000 premiers jours	Ministère des solidarités et de la santé
Déploiement d'autres initiatives, nationales et locales pour compléter cet outillage, notamment dans le cadre du repérage des troubles psychiques périnataux	Tous les acteurs

2. Consolider la dynamique territoriale partenariale et décroisée

Mesures	Acteurs
Appels à projets	
Reconduire les appels à projets régionaux	ARS / DREETS (en lien avec le commissaire à la lutte contre la pauvreté)
Dynamique partenariale	
Renforcer la dynamique partenariale	Tous les acteurs

Note réflexive

Cadrage et réponse à la commande

Contexte de la commande

Il est établi aujourd'hui que la communauté scientifique s'accorde pour identifier une période sensible, dite des 1000 premiers jours, de la grossesse aux deux ans de l'enfant. Effectivement, toute action menée durant cet âge de référence s'avère d'une forte efficacité sociale et économique et permettra à davantage d'enfants d'accéder à leur plein potentiel de développement à l'âge adulte. C'est pourquoi, cette stratégie des 1000 premiers jours devient une priorité nationale et est déployée au sein des régions par le biais des ARS entre autres acteurs. Pour la mise en œuvre, un travail de priorisation est nécessaire en évaluant en amont la motivation des acteurs et les besoins de la population. D'autant plus que la thématique des 1000 premiers jours de l'enfant recouvre un champ d'activité très large allant des activités visant la sécurisation des naissances, à l'accompagnement de la parentalité et la promotion de la santé des jeunes enfants. En Bretagne, le projet régional de santé avait déjà posé les bases de réflexion de cette stratégie et fait émerger des pistes de travail. Cette première étape nécessitait donc de faire un bilan. Aussi, l'appel à projet 1000 premiers jours lancé en 2021 avec la DREETS en lien avec le commissaire à la lutte contre la pauvreté du territoire a fait émerger les besoins et le dynamisme des acteurs.

Pour rappel, cette offre de stage indiquait les missions suivantes : Recenser l'ensemble des initiatives repérées autour de la thématique des 1000 jours et les classer par grands domaines d'activité avec une attention sur les actions probantes ou prometteuses ; Cartographier les initiatives repérées ; Contribuer avec l'équipe projet interne ARS à la définition des objectifs prioritaires autour des 1000 jours ; Évaluer les besoins financiers et RH pluriannuels découlant des objectifs prioritaires retenus ; Organiser en lien avec l'équipe projet interne à l'ARS les échanges partenariaux autour de ces objectifs.

Cadrage des missions de stage

Dès mon arrivée au sein de l'ARS Bretagne, un premier échange avec ma tutrice de stage, référente périnatalité de la direction adjointe prévention et promotion de la santé, a clarifié mes missions. Au départ, il m'a été difficile de saisir les réels enjeux du travail attendu. Ce n'est qu'au fur et à mesure des lectures et des entretiens, réalisés en interne à l'ARS Bretagne et avec les différents partenaires que j'ai mesuré la complexité du sujet et l'utilité de ces travaux dans le cadre du déploiement de cette stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant en région.

En effet, en Bretagne, le PRS 2, par une approche populationnelle de la santé périnatale des enfants et des jeunes a engagé de multiples actions. En 2021, les travaux nationaux sur les 1000 premiers jours de l'enfant ont donné lieu à un appel à projet lancé par l'ARS et la DREETS (en lien avec le commissaire à la lutte contre la pauvreté) afin de soutenir les dynamiques et projets innovants de cette période de référence. Dans le même temps, une diversité de partenaires compétents dans le champ de l'enfance et de la famille, déploient et portent des actions dans le cadre des politiques publiques. Cette multitude d'initiatives et de projets sur le territoire rend peu visible l'offre globale. Faute de lien et de coordination entre l'ensemble des acteurs, un travail partenarial autour de la déclinaison régionale du projet des 1000 premiers jours de l'enfant s'impose. C'est pourquoi, la construction du futur PRS 3 doit définir une stratégie d'intervention pluriannuelle mobilisant l'ensemble des acteurs afin de définir la place et les priorités de chacun, particulièrement de l'ARS Bretagne.

Avant toute chose, j'ai réalisé un état des lieux de la dynamique territoriale de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant en Bretagne. Cet outil d'aide à la décision vise à identifier, outre les actions et politiques développées par les uns et les autres, une cartographie des acteurs susceptibles de porter des politiques publiques de l'enfance et de la famille et des pistes d'actions à prioriser dans le cadre du PRS 3.

Une mission principale structurée en 2 étapes

Pour mener à bien cette mission, nous avons défini avec ma tutrice de stage des ordres de priorité d'avancement dans le projet. Puis, afin de structurer mon travail, j'ai réalisé des outils de méthodologie de projet (calendrier prévisionnel, dossier d'étude d'opportunité, organigramme du projet). L'élaboration de cet état des lieux de la dynamique territoriale de la stratégie des 1000 premiers jours en région s'est réalisée en deux temps forts. Il convient de préciser que d'autres tâches m'ont également été confiées en parallèle de cette mission principale. Pour me familiariser avec le sujet de la périnatalité et les enjeux relatifs à la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant, j'ai lu une revue de littérature propre à ce thème.

Dans un premier temps, il fallut répertorier en interne pour chaque direction l'ensemble des projets financés en lien avec les 1000 premiers jours de l'enfant sur les années 2019, 2020, 2021. J'ai ainsi pu converser avec le responsable adjoint de la direction prévention et promotion de la santé, une ingénieure de la direction adjointe santé environnement, une médecin conseillère, référente périnatalité de la direction adjointe hospitalisation, une chargée de mission de la direction adjointe de l'autonomie, des chargés de mission de la direction innovation en santé au titre de l'article 51 ou spécialisés dans le numérique en santé ainsi qu'une référente des contrats locaux de santé du département PRS

pilotage et statistique. J'ai ainsi mieux cerné ces dispositifs : année de l'intervention, département, durée de financement, type de structure, promoteur, nom de l'action, destinataire, montant. Ce recensement des actions soutenues par l'ARS Bretagne a été complété via le site Oscar Santé qui assure l'observation et le suivi cartographique des actions régionales de santé. Afin d'avoir un aperçu global de l'activité de l'ARS sur ce champ d'action, j'ai réalisé, à l'aide de l'outil bureautique « Excel », un tableau de recensement des différentes actions, classées par grand domaine d'intervention : l'accompagnement en visite à domicile, l'action de prévention et promotion de la santé (alimentation/ nutrition, addiction/ conduites addictives, santé environnement, « autres »), l'action de soutien à la parentalité, l'action en faveur du public vulnérable (violence, handicap, « autres ») et l'action de soutien à une pratique pluriprofessionnelle. Ce travail de classement des interventions n'a pas été facile puisque beaucoup d'actions se chevauchent.

Au cours des différents échanges avec les professionnels internes à l'ARS Bretagne, j'ai constaté chez certains un manque de connaissance des enjeux relatifs à la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant. Afin de les sensibiliser, j'ai pris l'initiative de réaliser une synthèse du chantier national de cette politique publique.

Dans un second temps, je me suis entretenue avec les principaux partenaires institutionnels et décisionnels de l'enfance et de la famille : CAF ; Réseau Périnatalité Bretagne ; Coordination régionale de la gestion des risques de l'Assurance Maladie ; PMI du conseil départemental ; DREETS. Ces discussions avaient pour objectif d'identifier leur rôle et leurs missions dans le cadre de la stratégie des 1000 premiers jours ainsi que leurs objectifs prioritaires. Aussi, pour aider l'ARS Bretagne à se positionner dans ce champ d'intervention, il était nécessaire d'appréhender leurs attentes venant de cette institution. En complément, un échange avec l'adjoint de la directrice du projet national des 1000 premiers jours avait pour objectif de mieux saisir le contexte de mise en œuvre de cette politique, les attentes des ministères et les possibles perspectives envisagées. Toutefois, par manque de temps, il a été décidé que je réalise un entretien avec un professionnel d'une catégorie d'acteur sur un département de la région. Cette enquête n'est donc pas exhaustive en ce sens qu'elle n'est pas représentative des réalités territoriales de l'ensemble des intervenants Bretons. Pour plus d'exhaustivité, il aurait été intéressant d'interroger les acteurs de terrain/ les opérateurs en proximité des familles et des parents pour apprécier leurs besoins.

Aussi, les échanges avec les référents prévention des délégations départementales de l'ARS m'ont aidé à cerner leurs missions auprès des opérateurs et leur positionnement au côté du siège, m'ont fait partager leur expertise, leur connaissance du terrain et des professionnels et leurs éven-

tuelles perspectives de déploiement de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant dans les départements. Puisque les enjeux de cette stratégie des 1000 premiers jours sont transversaux, l'implication des acteurs relevant des structures d'exercice coordonné telles que les CPTS, MSP, DAC/PTA est indispensable. J'ai donc réalisé un questionnaire, qui leur a été envoyé, afin d'identifier leurs connaissances des enjeux de la stratégie, les actions mises en place ou en projet de réalisation. Il s'agissait aussi de mesurer leur motivation à engager, dans le court ou moyen terme, des projets 1000 premiers jours. Après avoir récolté l'ensemble des réponses, j'ai créé une synthèse sous la forme d'un tableau Excel.

En parallèle, une troisième mission m'a été confiée. Elle consistait, à travers des recherches documentaires, à repérer des actions probantes à l'égard des enjeux de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant. Deux principales actions ont retenu mon attention. J'ai donc souhaité m'entretenir avec une chargée d'étude scientifique en prévention et promotion de la santé de Santé Publique France pour avoir des informations complémentaires et son avis sur ces projets. Suite à cela, j'ai fait un diaporama de synthèse des actions probantes repérées.

Pour répondre à la mission principale, qui consiste à établir un état des lieux de la dynamique territoriale autour de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant en Bretagne, j'ai réalisé une note de synthèse. Cette dernière est un outil d'aide à la décision politique qui s'appuie sur l'ensemble des travaux réalisés au cours de ce stage. Elle traduit également des recommandations et des axes d'action à prioriser. Néanmoins, il convient de préciser que la complexité de l'organisation territoriale et l'étendue du champ d'intervention de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant ont rendu difficile la synthétisation de ce travail de rédaction. Afin de présenter cette synthèse en interne, j'ai organisé une réunion au sein de l'ARS Bretagne qui a donné lieu à la réalisation d'un diaporama.

Perspectives des travaux

Ma dernière mission officiellement confiée, soit l'organisation en lien avec l'équipe projet interne à l'ARS des échanges partenariaux autour de ces objectifs, n'a pas eu lieu, faute de temps. Elle sera reportée en fin d'année. Je suis invitée à présenter l'état des lieux et les pistes d'action. À partir de mon travail, il s'agira de définir collectivement les priorités pluriannuelles du nouveau PRS 3, en prenant en compte les attentes et missions de chacun dans le cadre de cette stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant.

L'état des lieux nous a permis de construire les axes de l'appel à projet 1000 premiers jours de l'enfant en 2022. Grâce aux différents entretiens avec les partenaires, j'ai identifié une priorité de santé propre

à la région Bretagne, soit le tabagisme des femmes enceintes. Ces interlocuteurs m'ont fait part de leur difficulté à mobiliser les professionnels libéraux dont les médecins généralistes dans le cadre des parcours grossesse naissance. Ainsi, après des échanges avec l'équipe projet 1000 jours de l'ARS Bretagne et le responsable adjoint de la direction adjointe prévention et promotion de la santé, nous avons défini 2 principaux axes à cet appel à projet : la prévention, le repérage et l'accompagnement des futurs et jeunes parents dans l'arrêt du tabagisme ; l'accompagnement des professionnels libéraux en exercice coordonné dans le cadre du parcours des 1000 premiers jours de l'enfant. Sur le deuxième axe, j'ai observé un projet intéressant mis en place en Nouvelle Aquitaine qui tente de répondre à la problématique du tabagisme des femmes enceintes. Ce dispositif se structure autour de la démarche des 5A qui sont les 5 étapes à effectuer pour prendre en charge le tabagisme d'une patiente lors d'une consultation. Il s'agit de former l'ensemble des professionnels participant au suivi de grossesse à cette méthode ainsi que de proposer une meilleure organisation et coordination des ressources existantes sur le territoire. J'ai échangé avec le référent de ce projet, un pharmacien de santé publique exerçant au CHU de Bordeaux au sein du service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention. Cet entretien a conforté l'efficacité de cette démarche. Ainsi nous avons fait le choix dans le cahier des charges de mentionner un intérêt particulier à ce type de projet.

Les professionnels des délégations départementales de l'ARS interrogés m'ont fait part de la pertinence de décliner la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant dans le cadre des contrats locaux de santé. Pour envisager plus concrètement cette possibilité, j'ai réalisé un entretien avec la référente 1000 jours de l'ARS Centre-Val de Loire qui s'est appropriée ces contrats. Ainsi, à partir de l'ensemble de ces éléments, j'ai mis en place une fiche synthèse qui argumente la pertinence des contrats locaux de santé dans le cadre de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant et qui décline 3 axes possibles à inscrire comme objectif prioritaire.

Enfin, la présentation de mon état des lieux en interne a permis d'envisager de nouvelles perspectives de partenariat autour de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant. Au cours de cette réunion, j'ai partagé mon échange avec l'adjoint de la directrice du projet national des 1000 premiers jours de l'enfant qui souhaite intégrer les ARS dans le cadre des comités départementaux des services aux familles. Récemment, un décret a élargi le champ d'intervention de ces instances et permet de mobiliser de nouveaux acteurs. Dans ce cadre, la directrice du département santé publique de l'ARS Bretagne évoque son intérêt à faire participer les référents des délégations départementales dans ces comités départementaux. Pour ce faire, il est envisagé de sensibiliser les directions des délégations départementales et de penser la place qu'ils pourraient occuper dans ces instances, en copartage avec les autres acteurs.

Bilan professionnel

Motivations et attentes à l'égard du stage

Au cours de mes expériences professionnelles réalisées en lien avec mes formations antérieures, j'ai découvert différents publics (enfance famille, jeunes sans domicile fixe, personnes en situation de précarité...) aux problématiques plurielles. Mon parcours se caractérise néanmoins par des apprentissages plus fréquents et plus approfondis dans le secteur de l'enfance et de la famille : réalisation d'un mémoire professionnel dans le cadre du DECESF sur la parentalité des mères adolescentes, un stage à la Ligue contre le cancer en prévention tabac en milieu scolaire auprès des enfants, un stage en centre d'accueil des demandeurs d'asile où j'ai accompagné notamment une famille dans leur demande d'asile... Lorsque j'ai eu accès à l'offre de stage de l'ARS Bretagne sur la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant, j'étais très enthousiaste à l'idée d'y répondre positivement. J'attendais de ce stage une vision plus politique et macroscopique des enjeux relatifs à l'enfance et à la famille. Il s'agissait de découvrir les missions d'une ARS dans ce champ d'intervention, qui initialement était davantage prises en compte par les collectivités territoriales, la sécurité sociale ou encore le secteur associatif. Enfin, je me réjouissais de travailler, avec l'équipe projet constituée au sein de l'ARS et m'entretenir avec les différents partenaires institutionnels gravitant autour de la thématique des 1000 premiers jours de l'enfant. Ce stage constituait pour moi l'opportunité d'avoir une vue d'ensemble du champ de l'enfance et de la famille et d'appréhender le travail collectif en complémentarité.

Apports du stage sur le plan professionnel et personnel

Ce stage a totalement répondu à mes attentes. J'ai apprécié travailler en complémentarité avec l'équipe projet « 1000 premiers jours de l'enfant » et les référents des délégations départementales. Ce travail commun m'a fait connaître le champ sanitaire, médico-social, environnemental au sein de l'ARS et l'importance de mobiliser le niveau départemental en proximité avec les opérateurs. La santé publique est au cœur de leurs missions. Dans ce cadre, j'ai constaté la valeur ajoutée d'un collectif pluriel, tant en terme de complémentarité pour une approche globale de la santé, que de créativité et d'amélioration de la communication. Ce stage nourri de discussions quotidiennes, d'anecdotes, d'informations a montré l'importance des échanges informels. Parce que ces moments donnent libre cours à la parole des professionnels, ils se révèlent très enrichissants. Des entretiens effectués auprès de professions diverses et dans plusieurs établissements constituent un véritable point d'ancrage pour développer un réseau professionnel.

Mon rôle au cours de ce stage ne consistant pas à assurer un accompagnement en contact direct avec les usagers, j'ai dépassé ma formation de base de travailleur social et mon besoin de liens proches avec le public pour m'initier à ce nouveau statut. J'ai compris l'importance des **métiers d'encadrement, de coordination**. Le pilotage de projets influence la prise en charge, l'orientation des publics destinataires. Ce nouveau point de vue a enrichi ma perception de l'aide, du soutien. J'ai pris conscience de la nécessaire complémentarité des diverses fonctions. Plus particulièrement, dans le cadre de la mise en œuvre de projets partenariaux, mobilisant des acteurs relevant du secteur social, médico-social et sanitaire, j'ai observé avec intérêt le rôle de médiateur des référents prévention et promotion de la santé afin d'envisager des modalités de travail commun. Le métier de ma tutrice de stage, référente périnatalité de la direction adjointe prévention et promotion de la santé montre la nécessité de se tenir informé de l'actualité en santé publique. Elle dispose de la prérogative à engager des programmes probants dans le but d'améliorer les pratiques professionnelles des opérateurs. Aussi, dans ce même objectif, en tant qu'expert d'une thématique ou d'un sujet de santé publique au sein de l'ARS, il est indispensable de s'informer continuellement afin d'être à jour sur les concepts mis en avant ou les mesures à prendre. Par ce stage, j'ai adopté une posture professionnelle combinant les missions du quotidien et la **nécessité de prendre des initiatives en faisant des recherches documentaires**.

Cette expérience de terrain, d'une durée de 4 mois a développé ma **posture professionnelle, mon autonomie** et une **confiance** dans mes compétences et mes connaissances acquises lors de ma formation à l'EHESP. Les apports théoriques en **méthodologie et conduite de projet** ont été exploités au cours de ce stage. J'ai réalisé des outils d'enquête qualitative (grilles d'entretien, grilles d'analyse des entretiens) et mené des échanges avec différents interlocuteurs. Grâce à l'élaboration d'un questionnaire, j'ai également étudié des données quantitatives. Dans le même temps, ce stage m'a donné l'opportunité d'élaborer le cahier des charges d'un appel à projet qui sera lancé très prochainement. Bien que je n'étais pas ignorante de cet **outil de pilotage des politiques publiques** étudié dans le cadre des enseignements à l'EHESP, je n'avais jamais réalisé ce travail auparavant.

Tout au long de mon cursus scolaire, j'ai souvent rencontré des difficultés à synthétiser les informations recueillies. Néanmoins, j'ai à plusieurs reprises écrit des notes de conclusion à usage de différents professionnels et ainsi développé mon **esprit de synthèse** et compris l'entière nécessité de ce travail. En effet, on prend le risque, en transmettant un compte rendu trop long, de n'être lu que partiellement par les professionnels.

Confrontée à la réalité du terrain, j'ai été saisie par la différence de temporalité entre le milieu professionnel et le milieu scolaire notamment dans le cadre de rendu de dossiers et/ou de rapports et il m'a fallu développer des compétences d'**adaptation** et de **dynamisme**. Ces aptitudes sont indispensables puisque j'ai observé le peu de temps accordé aux ARS pour le déploiement des mesures nationales

suite aux instructions envoyées par les ministères. D'autant que les difficultés budgétaires du pôle prévention et promotion de la santé de l'ARS renforcent cette nécessité de constamment s'adapter.

Les difficultés rencontrées

La posture de stagiaire est empreinte de discrétion et nécessite tout à la fois une prise d'initiatives. Même si ce stage d'une durée de 4 mois donne l'occasion de s'inscrire au sein d'une équipe, il est parfois difficile, de se sentir légitime dans le cadre des missions confiées tant le monde de la formation scolaire est distinct du champ professionnel. Néanmoins, il faut faire confiance à son cursus scolaire, garant des connaissances minimales pour effectuer les tâches demandées et intégrer l'expérience de terrain comme apprentissage. Souvent mue par la volonté de bien faire, il ne faut pas hésiter à prendre du recul en sollicitant les différents professionnels.

Également, il n'a pas toujours été facile de concilier le travail de mémoire avec les missions professionnelles tant l'usage qui est fait d'un même sujet s'avère différent, notamment dans le traitement et l'exploitation des données.

Plus spécifiquement au travail du mémoire, il est demandé d'adopter une posture critique construite grâce aux recherches documentaires sur diverses disciplines. La stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant étant récente, pour l'heure, elle fait l'objet de peu d'écrits dans un champ politique pourtant complexe et rend ma prise de recul plus compliquée.

Perspectives professionnelles

En résumé, ce stage riche en découvertes confirme mon choix d'orientation professionnelle vers des métiers de chargés de mission, de coordinateurs, de chargés de projet notamment dans le champ de la prévention et promotion de la santé, au croisement du secteur social, médico-social et sanitaire. En terme de perspective professionnelle à court terme, le responsable adjoint du pôle prévention et promotion de la santé de l'ARS Bretagne m'a proposé un poste de gestionnaire administratif et budgétaire sur une durée de 4 mois. J'ai accepté avec enthousiasme l'opportunité de connaître plus en avant ce métier fondé sur la transversalité de l'ensemble des thématiques de prévention. C'est aussi l'occasion de poursuivre les objectifs du stage sous un autre angle notamment en assurant le suivi budgétaire de l'appel à projet 1000 premiers jours de l'enfant de 2022. Aussi, ce poste me donne l'occasion de participer à la construction du futur PRS 3. C'est donc avec joie que je retrouve l'équipe de la direction adjointe prévention et promotion de la santé le 12 septembre prochain.

MARAIS	Célia	06/09/2022
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
Les ARS, au cœur de la stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant : une opportunité pour soutenir la gouvernance partenariale et territoriale Illustration du territoire Breton		
Promotion 2021-2022		
Résumé : Le système de protection de l'enfance, interministériel et décentralisé, repose sur une gouvernance partagée entre l'État et les départements. La volonté depuis plusieurs années de renforcer le volet préventif, mis en avant notamment dans les lois de 2007 et 2016 relatives à la protection de l'enfance, implique la mise en synergie de compétences professionnelles et multiples visant une démarche d'actions de prévention variées et articulées entre elles auprès des familles. Néanmoins, la politique de prévention en protection de l'enfance présente des dysfonctionnements à savoir des disparités territoriales (en terme d'investissement des conseils départementaux, d'offre périnatale, de partenariat), des fragilités de coordination des acteurs institutionnels et de terrain et un manque de prise en compte de la prévention dans le cadre de leurs missions. Ce défaut de pilotage mis en lumière dans de nombreux rapports institutionnels questionne sa gouvernance nationale et territoriale. La stratégie des 1000 premiers jours de l'enfant, promulguée en 2019 est une politique publique interministérielle structurée selon une notion de parcours pour assurer la prise en charge de la prévention en consolidant la coordination de ces intervenants. Cette dernière renforce l'action des ARS au titre de leur approche holistique de la santé et de leur intervention sur les déterminants sociaux. Des moyens leur sont accordés pour porter une gouvernance partenariale au sein des territoires : des moyens financiers pour améliorer l'existant autour du parcours des 1000 premiers jours de l'enfant, des expérimentations territoriales, la mise en place de dispositifs ciblés, le déploiement d'expérimentations innovantes dans le cadre de l'article 51, le lancement d'appels à projets régionaux. En parallèle, l'ARS Bretagne prend l'initiative d'engager des parcours grossesse naissance au sein des départements et mène une réflexion sur la possibilité de mobiliser les contrats locaux de santé dans le cadre de la déclinaison territoriale de la stratégie. Enfin, au vu de la construction du nouveau projet régional de santé 3, l'ARS Bretagne, en lien avec les acteurs de la prévention en protection de l'enfance, s'engage à définir une stratégie d'intervention partenariale pluriannuelle autour des 1000 premiers jours de l'enfant.		
Mots clés : Enfance, famille, stratégie des 10000 premiers jours de l'enfant, décentralisation, déconcentration, partenariat, gouvernance, coordination, agences régionales de santé, politiques publiques, prévention, protection de l'enfance, parcours, inégalités		
<i>L'École des Hautes Études en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		

