



# LIVRE BLANC - ANPDE



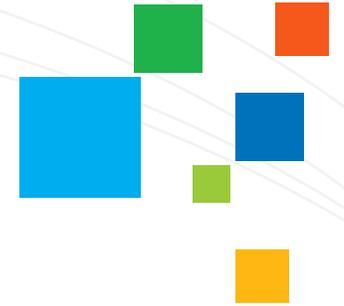
# LIVRE BLANC

De l'Association Nationale Des  
Puéricultrices (teurs) Diplômé(e)s et  
des Etudiants

POUR L'ÉVOLUTION DE LA SPÉCIALITÉ



# PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION DE LA SPÉCIALITÉ D'INFIRMIER(E) PUÉRICULTRICE(TEUR)



**L'ANPDE**, Association Nationale des Puéricultrices (teurs) Diplômé(e)s et des Etudiants, est une association Loi 1901 créée en 1949 et Reconnue d'Utilité Publique. Elle est le seul représentant et interlocuteur pour la profession de puéricultrice. Elle en assure la promotion, dans le but de défendre l'intérêt premier de l'enfant<sup>1</sup> et de sa famille, au travers de différentes missions.

L'ANPDE représente la profession de puéricultrice auprès des pouvoirs publics et y défend les intérêts et les évolutions de la profession et de la formation. Elle assure la liaison entre les Infirmier(e)s Puéricultrices(teurs) Diplômé(e)s d'Etat (IPDE) de France et de l'étranger, organise et participe à des congrès nationaux et internationaux.

Le développement de la recherche et de la formation sont mis en avant par l'ANPDE, et notamment par son Conseil Scientifique, qui communique régulièrement sur de nombreux sujets liés à la santé et au bien-être de l'enfant à l'adolescent et propose des thématiques de recherche.

L'ANPDE est un organisme de formation continue depuis 1976 et de Développement Professionnel Continu depuis 2013. L'actualité de la profession peut être suivie sur le site et les réseaux sociaux de l'ANPDE. [www.anpde.asso.fr](http://www.anpde.asso.fr).

(1)A travers l'ensemble du livre blanc, le terme « enfant » se réfère aux enfants de 0 à 18 ans sauf indication contraire

<a href="#">Edito</a>	5		
<a href="#">INTRODUCTION</a>	6		
<a href="#">Historique</a>	7		
<a href="#">La formation</a>	8		
<a href="#">Etat des lieux</a>	9-10		
<a href="#">PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION EN SECTEUR HOSPITALIER</a>	11		
<a href="#">Nos constats</a>	12		
<a href="#">Quels objectifs ?</a>	13		
<a href="#">Nos propositions</a>	14-16		
<a href="#">Propositions spécifiques à la maternité</a>	17		
<a href="#">PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION DES MISSIONS DE L'IPDE EN PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE</a>	18		
<a href="#">Nos constats</a>	19		
<a href="#">Quels objectifs ?</a>	20		
<a href="#">Nos propositions</a>	21		
<a href="#">PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION DES MISSIONS DE L'IPDE AUPRÈS DES MODES D'ACCUEIL</a>	22		
<a href="#">Nos constats</a>	23-26		
<a href="#">Quels objectifs ?</a>	27		
<a href="#">Nos propositions</a>	28-29		
		<a href="#">PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION DES MISSIONS DE L'IPDE EN MILIEU SCOLAIRE</a>	30
		<a href="#">Nos constats</a>	31
		<a href="#">Quels objectifs ?</a>	32
		<a href="#">Nos propositions</a>	33
		<a href="#">PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION DES ACTIVITÉS DE L'IPDE EN ACTIVITÉ LIBÉRALE</a>	34
		<a href="#">Nos constats</a>	35
		<a href="#">Quels objectifs ?</a>	36
		<a href="#">Nos propositions</a>	37
		<a href="#">PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION DES MISSIONS DE L'IPDE EN PROTECTION DE L'ENFANCE</a>	38
		<a href="#">Nos constats</a>	39
		<a href="#">Quels objectifs ?</a>	40
		<a href="#">Nos propositions</a>	41
		<a href="#">Conclusion</a>	42-43
		<a href="#">Glossaire</a>	44-45
		<a href="#">Bibliographie</a>	46-48

Notre système de santé est en pleine mutation et les défis à relever notamment pour les soignants sont nombreux. Le monde de la santé doit inévitablement suivre cette dynamique pour toujours garantir un accès aux soins pour tous. Nous savons désormais que l'impact de la prévention et de la qualité des soins, proposé à l'enfant d'aujourd'hui, sera majeur pour l'adulte de demain. Pour le soigner, le guider et l'accompagner lui et ses parents dans sa prise en soin parfois complexe, l'ANPDE offre à travers ce livre blanc les évolutions nécessaires à la spécialité de puéricultrice pour garantir son avenir. Ce travail est le fruit de l'enquête nationale réalisée en avril 2018, ainsi que des réflexions des commissions nationales ANPDE et des rencontres avec nos partenaires. Réalisé par des professionnels de terrain, ce Livre blanc ne voue d'autre ambition que celle du bien-être de l'enfant et de ses parents à travers un accompagnement de qualité, réalisé par des professionnels formés spécifiquement.

Les propositions concrètes évoquées touchent l'ensemble des secteurs d'activité de la spécialité. Leur mise en œuvre passera donc par des modalités différentes : réforme des décrets relatifs au secteur hospitalier, exercice coordonné dans le cadre d'une nouvelle activité libérale, redéfinition du parcours de santé de l'enfant et articulation des dispositifs existants. Dans un contexte de tension de la démographie médicale, de complexification des situations familiales, mais aussi d'une technicisation des prises en charge hospitalières, ces évolutions apparaissent incontournables.

Cependant, tout n'est pas à inventer. Certaines propositions ne font que demander une réglementation et une valorisation d'activités déjà effectuées mais dont le cadre est inexistant. Ne pas prendre en compte l'autonomie importante laissée aux puéricultrices(teurs), parfois hors cadre dans les situations qui le nécessitent, est autant une perte de chance pour l'accès aux soins et à la prévention, qu'une mise en difficulté des professionnels sur le terrain.

Alors que la prévention, et notamment la prévention précoce, devient une priorité nationale, il est plus que nécessaire de prendre en compte notre spécialité qui œuvre dans ce sens depuis sa création, quel que soit le secteur.

La transversalité de nos missions complexifie l'évolution de la spécialité, mais rend possible une activité visant l'enfant dans sa globalité, une approche multisectorielle aujourd'hui indispensable.

Je souhaite que chaque puéricultrice et chaque puériculteur puisse porter cette ambition dans son exercice quotidien et nous aider à faire avancer la spécialité dans l'intérêt de l'enfant.



**EDITO**

Charles Eury – Président de l'ANPDE

# INTRODUCTION

---



**Historique**



**La formation**



**Etat des lieux**

# HISTORIQUE

Au sortir de la guerre 1939-1945, la mortalité infantile est tellement importante (113,7‰)(1) que le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) est créé par ordonnance le 2 novembre 1945 notamment pour lutter contre ce fléau.

Rapidement, devant la complexité des missions et des situations rencontrées, la nécessité d'une profession spécifique apparaît. Le 13 août 1947 est créé le diplôme d'Etat de Puéricultrice<sup>2</sup>. Par la suite, la Déclaration Des droits de l'Enfant publiée en 1959 réaffirmera cette nécessité en indiquant que « *l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux* ». Enfin, la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance précise que « *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* ».

Dans le domaine médico-social, l'IPDE est un professionnel ayant acquis des connaissances dans le domaine de l'enfance, de la naissance à ses 18 ans, pour répondre aux besoins spécifiques de l'enfant. En 2017, pour 681 459 infirmiers recensés globalement par la DREES, 20 699 étaient spécialisés en puériculture (pour 10 311 infirmiers anesthésistes et 7 617 infirmiers de bloc opératoire).

Acteurs de santé publique, les IPDE proposent des solutions qui doivent répondre à un principe d'universalisme proportionné qui s'intègre dans la politique de santé publique, tout en permettant de s'adresser de façon individualisée aux personnes qui en ont le plus besoin.

(2) A l'origine « Diplôme d'Etat de Puériculture », modifié par décret quelques jours après

# LA FORMATION

La formation, d'une durée actuelle de 12 mois, s'intègre aujourd'hui dans le processus d'universitarisation. Elle est accessible aux titulaires d'un diplôme d'Etat d'infirmier ou de sage-femme sans condition d'exercice. Environ 1000 étudiants sont diplômés chaque année. Cette formation vise à former des professionnels qui seront amenés à travailler en transversalité sur l'ensemble des secteurs de l'enfance : en milieu hospitalier, services d'hospitalisation à domicile, dans tous les services recevant des enfants (maternité, néonatalogie, pédiatrie,...) mais aussi en secteur extra hospitalier, notamment en activité libérale, dans les services de PMI, dans les services d'évaluation d'enfants en danger ou en risque de l'être (traitement des Informations préoccupantes), ou encore dans les modes d'accueils de la petite enfance. Leur formation prend en compte l'enfant dans son environnement, en étant également formés à l'accompagnement des familles et au soutien à la parentalité, compétences nécessaires pour une prise en compte globale de l'enfant comme l'a rappelé la récente stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022.

Les IPDE représentent aujourd'hui la seule spécialité infirmière spécifiquement dédiée à la prise en charge de l'enfant et de sa famille. Comme l'a rappelé le défenseur des droits dans son rapport de novembre 2017(2), depuis la réforme de 2009 du programme de formation des infirmiers, ceux-ci ne disposent plus d'un enseignement spécifique en pédiatrie. Au niveau européen, le programme Français de formation initiale des infirmiers est même celui qui fait le moins référence à l'enfant(3). Cela réaffirme la place nécessaire des IPDE comme acteur incontournable dans le système de santé Français.

# ÉTAT DES LIEUX

L'approche globale de la santé de l'enfant, en lien avec la définition de la santé de l'OMS précise que « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette approche de l'OMS nécessite et justifie des compétences et une formation adaptée, afin que soit pris en compte tous les facteurs favorisant cet état de santé, dans tous les lieux où les enfants sont accueillis, et ce, toujours en lien avec les parents et une équipe pluriprofessionnelle.

**L'enfant n'est pas un « adulte en miniature »** : il a des besoins particuliers, d'autant plus particuliers que l'enfant est jeune. L'expression du besoin chez le jeune enfant passe en premier lieu par le corps : c'est à travers ses expériences corporelles et sensorielles que l'enfant va découvrir le monde. Son état de santé en tant qu'enfant va, dans une large mesure, conditionner son état de santé d'adulte.

S'agissant de la prise en charge de l'enfant, la France est aujourd'hui confrontée à des problématiques complexes :

**La désertification médicale** : un enjeu majeur. En ce qui concerne l'accès aux soins, et notamment à un médecin généraliste, il s'agit d'une problématique qui touche l'ensemble de la population. En outre, selon la DREES, la répartition territoriale des médecins spécialistes est plus inégalitaire que celle des médecins généralistes. Concernant les pédiatres, cette inégalité est particulièrement marquée : les 10 % des communes les mieux dotées en pédiatres ont une accessibilité près de 14 fois supérieure à celles les moins bien dotées. C'est là une double peine pour les enfants et leur famille dans les territoires concernés.

# ÉTAT DES LIEUX

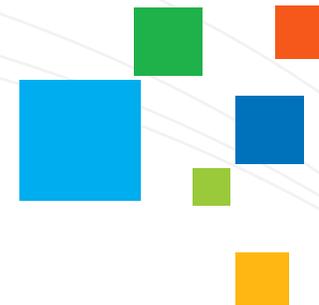
**Un taux de mortalité infantile qui interroge.** Avec 3,7 décès d'enfants de moins d'un an pour 1.000 naissances vivantes, la mortalité infantile ne diminue pas en France. Paradoxalement, la mortalité infantile dans quasiment tous les pays de l'UE tend à baisser depuis 2005, y compris dans ceux où elle était déjà faible (de 3‰ à 1,9‰ en Finlande, de 3,7‰ à 2,7‰ en Espagne)(1). Un constat inquiétant soulevant un enjeu majeur de prise en charge qualitative de l'enfant en France.

**Des inégalités sociales et territoriales de santé qui touchent l'ensemble de la population.** Elles s'additionnent parfois avec des situations plus extrêmes, tels que les mineurs non accompagnés ou en situation de précarité. Ces situations, et plus particulièrement celles très singulières, nécessitent alors des professionnels formés spécifiquement à la problématique de l'enfant au regard de son âge, aux repérages des symptômes, aux entretiens avec les enfants afin de recueillir leur parole, quels que soient les contextes sociaux et familiaux.

L'organisation « en silo » des différents acteurs nuit à l'efficacité des missions en faveur de l'enfance et entraîne un manque de visibilité des actions menées, engendrant des dépenses supplémentaires. Cela requiert de nouvelles organisations sur l'ensemble de ces secteurs, et notamment la construction d'un parcours de santé coordonné de l'enfant.

**L'IPDE, de par sa formation transversale, sur les secteurs de la santé publique et de l'action sociale, peut être un acteur de cette réorganisation.**

# PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION EN SECTEUR HOSPITALIER



**Nos constats**



**Quels objectifs ?**



**Nos propositions**



1

# NOS CONSTATS

Les prises en charge hospitalières pédiatriques deviennent de plus en plus complexes :

- ✓ En raison des problématiques rencontrées actuellement dans les services hospitaliers, qui allient, malheureusement, plusieurs facteurs : raréfaction du nombre de praticiens ; surpopulation aux urgences ; diminution du nombre de poste de soignants, de professionnels diplômés spécifiquement ; fermeture de certains services pour des raisons de sécurité et de coût.
- ✓ En raison des situations familiales, sociales, environnementales qui influent sur la situation individuelle de chaque enfant, nécessitant un étayage des prises en charge.
- ✓ Et d'un point de vue technique, notamment en raison de la prise en soins de nouveau-nés en extrême prématurité.

La formation des infirmiers en soins généraux n'a pas pour objet de les former à la prise en soin spécifiques des enfants en milieu hospitalier, notamment dans les secteurs de soins très spécialisés. On sait pourtant qu'un niveau de formation (et d'excellence) plus élevé des infirmiers améliore la qualité, la sécurité des soins prodigués(5). Par exemple, les IPDE sont davantage en mesure de mettre en œuvre efficacement les soins d'urgences pédiatriques(6).

Pour autant, la réglementation actuelle reste peu contraignante concernant les services pédiatriques. Au sein des services de réanimation néonatale, la spécialité d'IPDE n'est pas un prérequis obligatoire. Aujourd'hui un infirmier « expérimenté en néonatalogie » peut y exercer sans durée minimale d'expérience professionnelle spécifiée (7). La situation est identique dans les autres services de néonatalogie(8) ou dans les unités d'obstétrique(9). La pédiatrie dispose d'un régime réglementaire encore plus large. En réanimation pédiatrique, pour toute une unité de soins, un seul IPDE doit être « membre de l'équipe », les autres membres infirmiers devant se spécialiser « dans la mesure du possible »(11,12).

Face à ces constats, le Défenseur des Droits a notamment indiqué dans son rapport de 2017 le besoin « *d'encourager le développement de modules de formation aux urgences pédiatriques et d'assurer la présence dans les services d'un nombre suffisants de soignants spécifiquement formés à la prise en charge des enfants, notamment des puériculteurs et puéricultrices et des auxiliaires de puériculture* »(2).

# QUELS OBJECTIFS ?

Afin de garantir la qualité et la sécurité des soins, l'IPDE pourra être une référence incontournable dans les unités de soin afin d'encadrer les pratiques des professionnels non formés spécifiquement aux besoins des enfants.

De plus, ses compétences pourront être mobilisées avant toute sortie d'hospitalisation pour assurer la mise en place d'un accompagnement adéquat et spécifique, en lien avec sa famille et les professionnels de proximité.

Enfin, le développement des pratiques avancées ouvre la voie à des compétences toujours plus poussées pour les IPDE, leur permettant un exercice professionnel spécifique à l'interface du corps infirmier et médical. Nous pourrions citer pour exemple la présence effective dans les services de soins anglo-saxons d'infirmiers « pédiatriques » pouvant, via la pratique avancée, se spécialiser dans des secteurs spécifiques (néonatalogie, pédiatrie...). Ils réalisent des actes tels que l'intubation, la pose de drains pleuraux, de cathéter centraux, participent au diagnostic et prescrivent notamment des examens complémentaires ou des thérapeutiques spécifiques(17–21).

# NOS PROPOSITIONS

**1.1** - Dans les services de néonatalogie et réanimation pédiatrique, l'IPDE doit être seule habilitée à pratiquer les actes des soins sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu sur les enfants âgés de 0 à 6 ans, compte tenu de sa capacité à prendre compte globalement des besoins de l'enfant et de sa famille. La forte technicité des gestes et prise en soin de l'enfant interdit l'apprentissage sur le terrain.

**1.2** - Dans les autres services et dans les services de réanimation pédiatrique pour les plus de 6 ans, l'IPDE est seule habilitée à la rédaction de protocoles obligatoires et de leur évaluation, encadrant toute prise en charge de l'enfant hospitalisé par des IDE, AP, ou AS.

**1.3** - En Hospitalisation À Domicile (HAD) et en soins palliatifs, l'IPDE doit être la seule habilitée à pratiquer les actes de soin sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu sur les enfants de 0 à 18 ans. A la différence de l'hospitalisation classique, l'IPDE est seul présent chez le patient. L'autonomie nécessaire pour la réalisation des soins interdit l'emploi d'IDE non formée spécifiquement pour répondre aux caractéristiques de l'enfant (respect des droits de l'enfant à l'accès aux professionnels compétents et prise en compte de son environnement).

## **CONSULTATIONS À CARACTÈRE OBLIGATOIRE RÉSERVÉE À L'IPDE<sup>3</sup>**

**1.4** - Mise en place d'une consultation IPDE quotidienne en soutien de la prise en charge de l'enfant par l'IDE quel que soit le contexte de prise en charge, le projet de soins étant sous la coordination de l'IPDE.

**1.5** - Mise en place de consultations obligatoires par l'IPDE lors de toute première prise en charge d'enfant : unités médico-judiciaires, services hospitaliers, y compris d'accueil de jour...

**1.6** - Lors de l'annonce du diagnostic de handicap ou d'affection chronique de l'enfant afin d'informer, soutenir l'enfant et ses parents, et de mettre en œuvre la réalisation d'une éducation thérapeutique.

**1.7** - Avant toute sortie de l'hôpital, en qualité de référent, information de l'enfant, et de sa famille pour favoriser la suite de la prise en charge, et orienter vers les relais du réseau partenarial si besoin.

**1.8** - Dans le cadre de la décision d'une information préoccupante (IP) ou d'un signalement à réaliser, prise en considération systématique du bilan de situation par l'IPDE, professionnelle la mieux placée pour apporter une observation, une analyse et permettre ainsi la rédaction d'un rapport argumenté reposant sur des faits objectifs et ajustés aux besoins de l'enfant, dans le contexte identifié et décrit.

<sup>3</sup> Obligation de mise en place de ces consultations dans la démarche de soin des services

## **CONSULTATION À CARACTÈRE FACULTATIF MAIS RÉSERVÉE À L'IPDE<sup>4</sup>**

**1.9** - Prise en charge par l'IPDE lors de pathologies fréquentes (exemple de la bronchiolite) avec suivi et adaptation du traitement après diagnostic et prescription initiale par le médecin.

**1.10** - Consultation IPDE aux urgences pédiatriques afin de répondre aux urgences relatives et aux demandes de conseils en éducation à la santé.

### **EXEMPLES DE PRATIQUES**

Une consultation de puéricultrice a été mise en place dans le service des urgences pédiatriques de l'hôpital Robert-Debré à Paris, en particulier pour accompagner les parents d'enfants de moins de trois mois(22).

Elle est réalisée après l'examen du nourrisson par le médecin. La puéricultrice rassure les parents, dispense des conseils, favorise l'instauration du lien avec le bébé et oriente les familles vers les relais nécessaires.

**1.11** - Téléconsultation d'IPDE pour les conseils et l'éducation à la santé, et orientation si nécessaire auprès d'un professionnel compétent (médecin, orthophoniste par exemple).

### **EXEMPLES DE PRATIQUES**

Dans l'agglomération Lyonnaise, la mise en place d'une plateforme téléphonique, en dérivation du système en vigueur pour la régularisation des appels d'urgence a permis de réduire le nombre de consultations non programmées dans les services d'urgences(23).

Mis en place par l'association Courlygones, des référentiels fondés sur des données ont été standardisés et adaptés à la communication téléphonique. Une équipe formée d'infirmières puéricultrices est ainsi chargée de prendre en charge les appels en fonction de ces référentiels.

Ce dispositif, associé à une évaluation systématique, a démontré un effet positif sur le nombre de consultations non programmées et non justifiées aux services d'urgences qui sont en diminution.

**1.12** - Consultation IPDE sur les questions d'oralité, comprenant notamment l'accompagnement de l'allaitement maternel.

<sup>4</sup> Aucune obligation de mise en place des consultations dans la démarche de soin des services, mais réalisation exclusivement par l'IPDE le cas échéant

### **EN PRATIQUE AVANCÉE, PRESCRIRE ET/OU METTRE EN ŒUVRE :**

- 1.13 - Des examens de biologie médicale
- 1.14 - De la photothérapie
- 1.15 - Des antalgiques
- 1.16 - Une nutrition entérale ou parentérale
- 1.17 - La pose de cathéter veineux centraux
- 1.18 - La pose de cathéter sus-pubien

### **APRÈS LA SORTIE D'HOSPITALISATION :**

- 1.19 - Faire évoluer les suivis en externe dans un dispositif plus léger que l'HAD, où l'IPDE en exercice libéral ou de PMI pourra assurer le suivi et le relais en sortie d'hospitalisation de l'enfant et de sa famille.
- 1.20 - Faire évoluer l'hospitalisation de jour (HDJ) en autorisant la prescription et les bilans par la puéricultrice en pratique avancée

### **EXEMPLES DE PRATIQUES**

Au Canada, les *Neonatal Nurse Practitioners*, infirmiers de pratique avancée spécialisés en néonatalogie, ont une autonomie considérable dans ce type de services très spécialisés.

Plusieurs études portent sur la qualité des soins néonataux assurés par les IPA et observent une qualité similaire entre les soins prodigués par des résidents en médecine et des IPA pour ce qui est de la mortalité, des complications, de la durée du séjour et des coûts des soins. Parmi les autres avantages déclarés de la pratique infirmière de niveau avancé, on remarque une satisfaction équivalente ou supérieure de la part des parents et une meilleure transmission de l'information au sein de l'équipe.

Ces études ont été menées dès les années 90, et dès les années 2000 la Société Canadienne de Pédiatrie appuyait « énergiquement l'élaboration et l'implantation de la pratique infirmière de niveau avancé à la maîtrise afin de fournir des soins de santé néonataux »(17).

# PROPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA MATERNITÉ

L'expertise clinique auprès du nouveau-né est du domaine partagé de la sage-femme et de l'IPDE. La sage-femme est formée pour prendre en charge le nouveau-né jusqu'à la visite post natale. Elle est habilitée à suivre la femme sans limite de temps mais dans la limite de son champ d'activité. Il est alors nécessaire d'organiser le suivi des nourrissons en sortie précoce de maternité notamment en prévoyant le relais via la liaison hospitalière (obligation de la loi de 1992) avec les professionnels du service de PMI et/ou libéral selon le choix du ou des parent(s).

L'accompagnement à la création du lien parent(s)-enfant(s) est de la compétence de tous les professionnels exerçant en maternité dont l'IPDE. L'IPDE est formé à l'observation du bébé et au dépistage des troubles, physiques, sensoriels, ou psychiques tels les troubles du lien parent-enfant. Il doit donc être priorisé afin d'effectuer un accompagnement adapté et orienter vers les professionnels compétents après en avoir évalué le besoin.

## **LES PROPOSITIONS SUIVANTES POURRONT ÊTRE RÉALISÉS :**

- ✓ A la demande d'une sage-femme
- ✓ En l'absence d'une sage-femme, à la demande du médecin

**1.21** - En pratique avancée, réaliser l'examen médical du nouveau-né,

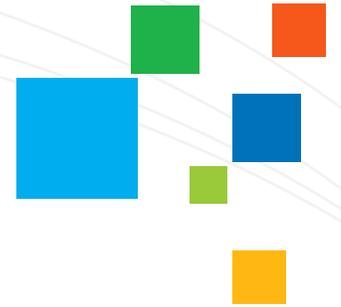
**1.22** - Réaliser une consultation pour adapter l'alimentation du nouveau-né

**1.23** - En pratique avancée, prescrire des dépistages néonataux et rédaction de protocoles encadrant tout dépistage par l'IDE,

**1.24** - Réaliser une consultation sur les questions d'oralité, comprenant notamment les accompagnements de l'allaitement maternel

**1.25** - En pratique avancée, procéder à l'examen du nouveau-né avant sa sortie.

# PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION DES MISSIONS DE L'IPDE EN PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE



**Nos constats**



**Quels objectifs ?**



**Nos propositions**



2

# NOS CONSTATS

Aujourd'hui, la Protection Maternelle et Infantile (PMI) est en difficulté pour répondre à l'ensemble de ses missions. Ces difficultés proviennent notamment d'un manque de temps médical et de tensions budgétaires au niveau des départements, qui doivent assumer les missions de PMI, alors que les situations complexes liées à l'évolution de la société augmentent.

Les IPDE sont les professionnels les plus nombreux à exercer en PMI, comparativement notamment aux médecins et aux sages-femmes : 3980 équivalents temps plein (ETP) pour les IPDE contre 1724 ETP pour les médecins de PMI et 882 ETP pour les sages-femmes (DREES, 2015). L'article R2112-7 CSP relatif à la protection maternelle et infantile indique « *Le service départemental doit disposer: d'une puéricultrice [...] pour 250 enfants nés vivants au cours de l'année [...]* »(18). Ce quota n'a jamais été révisé depuis 1992. Pourtant, les disparités sont importantes entre départements, allant de 3 à 156 IPDE pour 10 000 naissances(19). Certes le nombre de naissances diminue sensiblement sur certains territoires, mais d'autres missions dévolues aux IPDE impactent leurs activités en PMI : évaluations d'agrément d'assistants maternels, missions de contrôle des modes d'accueil, situations de protection de l'enfance...

L'action des professionnels de santé est également rendue difficile en raison d'un manque de définition claire des rôles de chacun, prérequis indispensable à une coordination efficace de l'ensemble des actions de la PMI.

C'est notamment le cas pour les consultations de puéricultrices, qui jouent un rôle majeur dans le suivi des familles et la prévention chez l'enfant de 0 à 6 ans. Ces consultations sont effectives dans de nombreux services et documentées(20–25). Mais leur maintien est rendu difficile notamment par le remplacement des IPDE par des IDE ou des Educatrices de Jeunes Enfants, qui ont un rôle important dans la PMI, mais n'ont pas reçu la formation initiale nécessaire à la réalisation de ces consultations. Nous observons ainsi des glissements de tâches mettant en situations de risques tant les professionnels que l'enfant et sa famille : aucune durée minimale d'expérience en pédiatrie n'est exigée pour les infirmiers recrutés en PMI(18).

Les activités des IPDE doivent alors être reconnues et inscrites dans la législation, et bénéficier d'une nomenclature d'actes, permettant d'être cotées par l'assurance maladie.

# QUELS OBJECTIFS ?

Repenser les missions de contrôle des modes d'accueil et de protection de l'enfance au sein de services dédiés. Réglementer et valoriser des activités existantes telles que les consultations de puéricultrices permettrait de mieux remplir les missions dévolues à chaque professionnel. Les services de PMI pourraient ainsi devenir des services dédiés à la Promotion de la Santé Maternelle et Infantile, ou Promotion de la Santé Infantile et Familiale, mieux identifiés par les familles.

De façon plus générale, la consultation de puéricultrice doit désormais être réglementée et valorisée, permettant ainsi de libérer du temps médical et fluidifier le parcours de santé de l'enfant. Cette réorganisation des missions et la valorisation des activités déjà réalisées sur le terrain permettront de garantir l'efficacité des services de PMI et d'atteindre toutes les familles selon leurs besoins, visant un principe d'universalisme proportionné. L'intervention précoce en visite à domicile et l'articulation avec les dispositifs existant tel que le « Prado Maternité » facilitera la prévention sur des grands fléaux comme la mort inattendue du nourrisson, le syndrome du bébé secoué, ou encore la dépression du post-partum pour laquelle la prévention en anténatal est aujourd'hui insuffisante(29,30).

La systématisation des bilans de santé en école maternelle par des IPDE, pour effectuer les dépistages précoces et l'orientation des enfants et des familles vers les professionnels adaptés, contribuerait également à fluidifier le parcours de santé de l'enfant. Cette organisation est d'ores et déjà effective dans certains départements(26–28) où les IPDE exercent en autonomie dans le cadre de la PMI.

Enfin, on ne peut qu'encourager la reconnaissance d'une pratique avancée pour les IPDE en PMI. Cette consultation en pratique avancée de l'IPDE pourra permettre notamment de réaliser les examens de santé obligatoires de l'enfant et d'informer sur les pratiques en matière de prévention.

## EXEMPLES DE PRATIQUES

Les états généraux de la PMI, organisés en 2015, ont introduit officiellement la « consultation de puéricultrice » dans le service de la PMI de Paris. Cette pratique professionnelle est une formalisation des pratiques du service qui étaient jusqu'alors identifiées comme « entretiens » ou « permanences ». Actuellement 4 objectifs de consultation sont identifiés :

- ✓ Consultation : 1<sup>er</sup> accueil du nouveau-né en centre de PMI,
- ✓ Consultation : entrée dans le parcours de santé de l'enfant (dite constitution de dossier)
- ✓ Consultation du 5<sup>ème</sup> ou du 6<sup>ème</sup> mois, en concertation avec le médecin de PMI
- ✓ Consultation d'allaitement

Avec une fonction de soins (promotion de la santé, prévention, éducation, dépistage) qui prend en compte la dimension sociale, la consultation de puéricultrice est la porte d'entrée dans le parcours de santé de l'enfant de la naissance à 6 ans. Après une première évaluation, l'IPDE organise l'accompagnement, avec si nécessaire, une orientation vers un autre professionnel de santé ou encore un professionnel du champ social.

# NOS PROPOSITIONS

**2.1** - Renommer la PMI

**2.2** - Repenser l'organisation des services départementaux de PMI et dédier les professionnels par missions (modes d'accueil, consultations...)

**2.3** - Institutionnaliser la consultation de puéricultrice en PMI

**2.4** - Réaliser les bilans de santé en école maternelle par l'IPDE

**2.5** - Autoriser l'IPDE à prescrire et réaliser les vaccinations obligatoires de l'enfant sain pour faciliter l'acte vaccinal aux familles sur un même lieu et pour tous les enfants de la famille. La prescription de l'analgésie adéquate doit également être prévue.

**2.6** - Mettre en œuvre des indicateurs permettant de quantifier de façon plus précise les besoins des enfants et de leur famille sur le terrain

**2.7** - Réviser les quotas :

**2.4.1** - Du nombre d'IPDE par naissance

**2.4.2** - Du nombre de VAD (visite à domicile) destinés au suivi des assistants maternels et des MAM (maisons d'assistants maternels)

**2.4.3** - Du nombre de VAD et de suivis dans le cadre de la protection de l'enfance

**2.8** – Rédiger par l'IPDE des grilles d'observations obligatoires encadrant tout accompagnement à l'allaitement réalisé par l'IDE ou l'auxiliaire de puériculture.

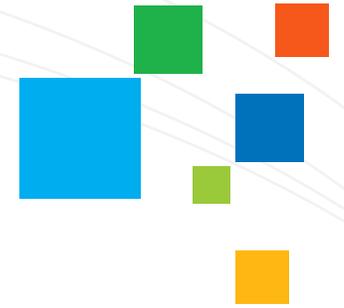
**2.9** - Identifier l'IPDE comme référent pour toute éducation thérapeutique de l'enfant.

**2.10** - Formaliser une réelle intégration avec le Prado qui aujourd'hui complexifie l'intervention des professionnels

**2.11** - En pratique avancée, réaliser certains examens de santé obligatoires de l'enfant



# PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION DES MISSIONS DE L'IPDE AUPRÈS DES MODES D'ACCUEIL



**Nos constats**



**Quel objectif ?**



**Nos propositions**



3

# NOS CONSTATS

Le rapport dit « Giampino » du nom de son auteur : Sylviane Giampino, sur la formation des professionnels de la petite enfance dans les modes d'accueil, remis à Madame La Ministre des Affaires Sociales en mai 2016 précise :

- « L'IPDE est une infirmière spécialisée dans les soins médicaux apportés aux bébés et aux enfants. Elle joue également un rôle de prévention, d'éducation et de conseil auprès des parents. Ce diplôme de niveau 2 est placé sous la tutelle du ministère de la santé ».
- « Les IPDE ont contribué largement à la création du système des modes d'accueil en France, tant individuel que collectifs, en raison de leur implantation historique dans les services de PMI et du fait de leurs fonctions de direction des EAJE ».
- « C'est un métier sanitaire, dont l'activité dans les modes d'accueil s'inscrit dans la définition globale de la santé de l'OMS (livre blanc page 9) et la problématique du plein développement de l'enfant ne lui est donc pas étrangère. »

# NOS CONSTATS

Pour les IPDE, deux niveaux de missions sont à distinguer auprès des modes d'accueil.

## 1 - La mission de direction des établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE).

Le Code de la santé publique détaille les missions de direction qui peuvent être exercées par l'IPDE, en application de l'article R2324-37-2. Ces missions sont notamment les suivantes :

- Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ;
- Animation et gestion des ressources humaines ;
- Gestion budgétaire, financière et comptable ;
- Coordination avec les institutions et les intervenants extérieurs.

Le récent rapport rendu par le Haut Conseil de la Famille de l'Enfance et de l'Âge (HCFEA) en juillet 2018 « Accueillir et scolariser les enfants en situation de handicap de la naissance à 6 ans et accompagner leur famille » identifie six axes prioritaires pour lesquels le profil de l'IPDE s'ajuste compte tenu de sa formation, de sa capacité à travailler en équipe et en réseaux médicaux, éducatifs et sociaux, ainsi qu'à participer à l'élaboration du projet personnalisé d'accueil du jeune enfant, en lien avec le coordonnateur de parcours (recommandé par la proposition 29 du rapport) :

- Avant trois ans, ouvrir davantage les modes d'accueil individuels et collectifs aux enfants en situation de handicap
- Compléter et améliorer la scolarisation en école maternelle
- Faciliter la vie des familles dans leur rapport aux services petite enfance et handicap sur le chemin d'un éventuel diagnostic
- Développer l'appui aux professionnels et le travail en réseau au service des enfants
- Prendre en considération et améliorer la vie des fratries
- Aider les parents, soutenir leur parentalité et leur faciliter l'articulation avec le travail.

Il est à noter que les articles R2324-34 et suivants du CSP précisent que lorsqu'une direction d'EAJE de plus de 21 places est assurée par un Educateur de Jeunes Enfants (EJE), l'établissement doit être doté des services d'un IPDE ou d'un infirmier.

# NOS CONSTATS

Actuellement, le Code de la Santé Publique, fort de l'histoire des modes d'accueil médicalisés dans leur démarrage, rend obligatoire le recrutement d'un médecin référent pour les EAJE. Or, la plupart d'entre eux n'en sont pas dotés, ou n'exercent pas les missions attendues à l'article R2324-39 du CSP, faute de temps et de ressources humaines. En l'absence de médecin référent, ou d'IPDE dans l'équipe, les équipes sont en difficulté pour accueillir des enfants nécessitant une attention particulière quand des soins, une vigilance spécifique ou même l'administration de médicaments sont nécessaires au cours de la prise en charge.

Ainsi, l'IPDE est en capacité d'accompagner les équipes et les familles, notamment dans le parcours d'enfants en situation de handicap, ou souffrant d'une pathologie chronique. Par ailleurs, ses compétences lui permettent, tout en restant en lien avec d'autres professionnels du champ du handicap, d'accompagner la parentalité singulière des parents concernés.

Les fonctions de l'EJE et de l'IPDE sont ainsi complémentaires. L'IPDE est en capacité de repérer les situations de santé ou de parentalité problématiques et/ou relevant du cadre de la protection de l'enfance et d'orienter les familles vers un professionnel adapté. Le travail de collaboration avec les services de PMI joue bien souvent un rôle important, mais également avec l'ensemble des services médico-sociaux.

La mission de direction est partagée très majoritairement par les IPDE et les EJE depuis les évolutions réglementaires des décrets de 2007 et 2010. Ces deux profils sont particulièrement complémentaires notamment en ce qui concerne l'encadrement des équipes, l'accompagnement du développement des enfants et de la parentalité. Toutefois, celle-ci mériterait d'être renforcée afin de faciliter l'accueil des enfants présentant une particularité, un handicap ou une affection chronique.

# NOS CONSTATS

## **2 - La mission d'évaluation, de suivi et de contrôle dévolue aux médecins directeurs des services départementaux de PMI, exercée majoritairement par les IPDE.**

En raison de sa formation, de son parcours dans les différents types de modes d'accueil, l'IPDE est la professionnelle qui présente le plus d'expertise dans l'encadrement et l'évaluation des modes d'accueil individuel et collectif. Ses missions requièrent une compétence particulièrement en lien avec la puériculture, la prévention, la communication, la connaissance des caractéristiques du territoire, de la législation en vigueur et des règles de sécurité en collectivité.

Bien qu'il existe une pluralité de postures professionnelles offertes dans le cadre des missions de PMI auprès des gestionnaires et des porteurs de projets de création d'EAJE, qui font l'objet de nombreuses critiques, l'ANPDE remarque combien de situations à risque peuvent être évitées ou diminuées grâce aux recommandations et conseils prodigués par les services de PMI dédiés au contrôle et à l'accompagnement des modes d'accueil, individuels comme collectifs.

# QUELS OBJECTIFS ?

Il est aujourd'hui primordial d'assurer les conditions nécessaires pour proposer un haut niveau de qualité d'accueil des enfants afin de garantir leur santé, leur sécurité, leur bien-être et leur développement. Cet objectif doit s'articuler avec la possibilité d'accueillir presque tous les enfants, quelle que soit leur situation de santé et/ou la situation économique de leur famille.

Les difficultés rencontrées à ce jour pour répondre aux exigences réglementaires, notamment concernant le recrutement d'un médecin référent pour effectuer, entre autres, une visite médicale d'entrée pour les enfants de moins de 4 mois, ou présentant un handicap ou une affection chronique, pourraient être ainsi résolues. En effet, s'il était envisagé de confier à une IPDE (membre de l'équipe, ou exerçant en libéral, pouvant être référente de l'EAJE) le soin d'apprécier la non contre-indication à l'entrée en collectivité. En cas d'éléments d'alerte, l'IPDE est suffisamment compétente pour orienter vers le médecin de l'enfant ou vers un autre praticien si nécessaire.

En l'absence effective de médecin, la mobilisation des compétences de l'IPDE pour chaque EAJE serait une solution alternative et complémentaire pour que chaque structure puisse bénéficier des compétences spécialisées nécessaires à la prise en charge d'enfants accueillis en collectivité.

Il faut enfin répondre à un besoin d'homogénéisation des pratiques, des accueils, notamment des conditions d'administration de médicaments, et gagner en compétence professionnelle et en réflexion pluridisciplinaire auprès des jeunes enfants. Pour cela, l'optimisation de la complémentarité des compétences avec les EJE, les auxiliaires de puériculture, les psychologues, les différents agents placés auprès des enfants (CAP AEPE notamment) les professionnels de PMI, de l'éducation nationale, de CAMPS, et autres services et acteurs spécialisés est indispensable.

# NOS PROPOSITIONS

- 3.1** - Faire respecter les normes d'encadrement de façon quantitative et qualitative, en maintenant un haut niveau d'exigence concernant les qualifications professionnelles
- 3.2** - Doter chaque EAJE de façon systématique d'une IPDE. Si celle-ci n'est pas membre de l'équipe, elle peut être recherchée auprès d'une IPDE exerçant en libéral, qui pourra par voie de convention, intervenir en renfort de la direction sur certaines thématiques :
  - 3.2.1** - Consultation obligatoire de l'IPDE en préinscription, en remplacement du certificat médicale d'aptitude à la vie en collectivité
  - 3.2.2** - Protocoles pour l'administration et la conservation des médicaments
  - 3.2.3** - Formation aux premiers secours,
  - 3.2.4** - Accompagnement des prises médicamenteuses spécifiques et autres soins spécialisés
  - 3.2.5** - Evaluation, réévaluation des PAI prescrits par les médecins
  - 3.2.6** - Dépistage des troubles du développement de l'enfant
  - 3.2.7** - Consultation de l'IPDE par l'équipe dès l'apparition d'une problématique d'information préoccupante, ou de signalement au parquet
  - 3.2.8** - Encadrement des pratiques professionnelles en lien avec et en complémentarité de celui de l'EJE
  - 3.2.9** - l'IPDE apporte des conseils complémentaires en matière d'hygiène tout en respectant le contrôle des normes sanitaire (comme par exemple - le respect des normes HACCP)
- 3.3** - Proposer la consultation de l'IPDE comme alternative à la consultation du médecin référent de l'EAJE (non réalisée dans les faits ou très rarement)
- 3.4** - Proposer des consultations de puéricultrice pour suivre le développement des enfants et pour accompagner la parentalité, en coordination avec le médecin traitant.
- 3.5** - Supprimer l'exigence d'expérience professionnelle avant la prise de fonction de direction en EAJE des IPDE



# NOS PROPOSITIONS

**3.6** - Préciser la nécessité de l'expertise de l'IPDE dans l'instruction et l'évaluation des demandes d'agrément d'assistants maternels, d'assistants familiaux, qui peut contribuer à rendre un avis en ce qui concerne l'évaluation des capacités éducatives des candidats.

**3.7** - Définir, après concertation avec les différents acteurs, le nombre maximal d'assistants maternels à accompagner et évaluer, par l'infirmière puéricultrice en service de PMI, ainsi que le nombre minimal de visite à domicile des assistants maternels à réaliser au cours de l'agrément,

**3.8** - Reconnaître que l'élaboration du projet d'établissement, du règlement de fonctionnement, et de tout autre document utile à l'accueil, doit être effectué par l'IPDE et l'EJE, seuls professionnels responsables, et ce, en lien avec l'équipe,

**3.9** - Créer un observatoire des incidents ou dysfonctionnements en EAJE (susceptibles d'engager la sécurité des enfants accueillis) afin de mesurer la réalité des conditions d'accueil. En effet, depuis quelques années, les services départementaux de PMI constatent une recrudescence des situations à risques menaçant la sécurité, la santé et le bien-être des enfants accueillis, en raison du non-respect du Code de la santé publique, et des modalités de fonctionnement prévues par l'avis ou l'autorisation délivré (e) par le Président du Conseil départemental. Par exemple, il est constaté des modalités inadéquates et non réglementaires de fonctionnement de la part de certains gestionnaires : nombre d'enfants accueillis supérieur à celui autorisé, composition de l'équipe non conforme qualitativement et quantitativement, matériel non conforme au jeune âge des enfants...

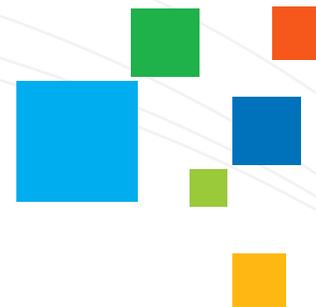
**3.10** - Reconnaître réglementairement les compétences des IPDE, anciennes directrices d'EAJE, en capacité d'accompagner, suivre et contrôler les EAJE

**3.11** - Identifier l'IPDE comme une professionnelle référente à l'échelon territorial, communal, ou intercommunal, en matière de coordination des modes d'accueil et de services destinés aux familles, ou bien encore dans le cadre du Schéma départemental de services aux familles

**3.12** - Assurer la présence d'IPDE en Commission Consultative Paritaire Départementale.

**3.13** - Enfin, distinguer les missions propres aux modes d'accueil, leur accompagnement et leur contrôle des autres missions de PMI afin de favoriser la spécialisation des professionnels dédiés, harmoniser les pratiques et améliorer les délais d'instruction réglementaire.

# PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION DES MISSIONS DE L'IPDE EN MILIEU SCOLAIRE



Nos constats



Quel objectif ?



Nos propositions



# 4

# NOS CONSTATS

Actuellement, le suivi médical et paramédical des enfants à l'école est insuffisant, notamment chez les enfants de 0 à 6 ans. En effet, concernant l'examen des 6 ans, en moyenne 43 % des élèves n'y auront pas accès, ces taux étant extrêmement variables d'une région à une autre(28).

Dans certains départements, les IPDE interviennent en autonomie dès l'école maternelle dans le cadre du bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans(31), *via* les services de Protection Maternelle et Infantile(26,27,32–34). Ainsi, suite au bilan réalisé par l'IPDE, une orientation est proposée si nécessaire vers le médecin de PMI, ou le professionnel de santé adéquat (orthophoniste notamment)(27,32).

L'organisation de ces bilans, confiée aux départements, reste cependant très variable. Les professionnels pouvant les réaliser, tels que les IPDE, ne sont pas mentionnés dans la réglementation (article L2112-2 CSP), rendant difficile une harmonisation des pratiques et une amélioration de l'accessibilité pour les enfants. De plus, la réalisation de ce bilan nécessite des compétences spécifiques acquises en formation de spécialité, mais non dispensées en formation infirmière initiale.

## EXEMPLES DE PRATIQUES

Dans le département isérois, les bilans de santé sont réalisés par les IPDE de PMI. Elles organisent la rencontre avec le directeur de l'école et l'enseignant en charge de la classe. Elles informent les parents par courrier, associé à un questionnaire leur demandant de leur confier le carnet de santé de leur enfant pour la réalisation du bilan.

Dans un premier temps, les enfants sont pesés et mesurés. Puis, ils sont vus individuellement par les IPDE pour les différents dépistages. Face à une anomalie ou dépistage suspicieux, l'IPDE réalise un courrier pour permettre une orientation des parents et une recommandation vers un médecin spécialiste ou un médecin traitant.

Ces courriers d'orientation contiennent une partie réponse à remplir par les médecins et à ré adresser au service de PMI afin d'avoir un retour et un suivi de ces orientations. Si l'enfant nécessite plusieurs orientations, rencontre des difficultés d'adaptation ou présente des troubles du comportement, la puéricultrice peut orienter cet enfant vers une consultation avec le médecin de PMI(27).

# QUELS OBJECTIFS

L'enseignement devenant obligatoire dès 3 ans, il est nécessaire de prévoir la coordination des différents acteurs intervenant auprès de l'enfant.

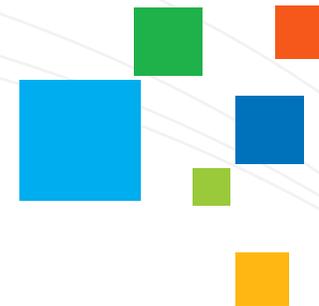
L'IPDE peut alors agir là où il y a un réel besoin, chez les enfants de moins de 6 ans, s'intégrant dans le parcours de santé du jeune enfant scolarisé, en lien avec l'ensemble des acteurs.

# NOS PROPOSITIONS

- 4.1 - Réaliser les bilans de santé en école maternelle par l'IPDE et permettre l'orientation de l'enfant
- 4.2 – Permettre la réalisation de ces bilans par des IPDE libéraux pour favoriser l'accès à ces actions de santé
- 4.3 - Mettre en place une consultation obligatoire par l'IPDE pour chaque situation préoccupante (maltraitance, négligence, violence familiale...) notamment chez les enfants de moins de 6 ans
- 4.4 - Coordonner l'inclusion de l'enfant en situation de handicap ou de maladie chronique notamment chez les enfants de moins de 6 ans
- 4.5 - En pratique avancée, reconduire le Projet d'Accueil Individualisé

Ces propositions pourront être mise en œuvre au sein des services de l'éducation nationale, par les services de PMI ou par un IPDE en exercice libéral.

# PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION DES ACTIVITÉS DE L'IPDE EN ACTIVITÉ LIBÉRALE



**Nos constats**



**Quels objectifs ?**



**Nos propositions**



5

# NOS CONSTATS

Le virage ambulatoire souhaité par les institutions concerne également l'enfant. Pour autant, celui-ci n'a pas été suivi d'effets pour les IPDE, qui aujourd'hui ne possèdent aucune nomenclature spécifique pour leurs actes. La seule prise en charge financière possible en matière de soins étant celle destinée aux adultes.(35).

Alors que 40% des consultations pédiatriques non programmées ne peuvent être pris en charge par les praticiens médicaux(36), une large part des consultations aux urgences pédiatriques pourraient être prises en charge par une consultation de puéricultrice. Ce sont effectivement plus de 60% des consultations aux urgences qui relèveraient de conseils de puériculture(37).

Une offre de soins plus cohérente en ambulatoire, et un parcours de santé avec plusieurs niveaux de recours pour l'enfant et sa famille, est nécessaire. En outre, la présence homogène des IPDE sur le territoire national est une réponse immédiate et opérationnelle permettant l'accès aux soins et à la prévention pour tous, et comblant le vide médical par une offre de soins réalisée par l'IPDE en pratique avancée.

## EXEMPLES DE PRATIQUES

Il existe dans l'agglomération bordelaise, des infirmiers puériculteurs exerçant en secteur libéral aujourd'hui bien implantés(38). Ils proposent une activité libérale qui suscite une demande forte des familles et des médecins. Le travail en réseau y est primordial, y compris avec le milieu scolaire.

Pour se faire, l'activité ne subsiste que grâce à une organisation contraignante et une répartition des tâches entre les différents infirmiers de ce cabinet libéral, au regard du public concerné. Le travail d'accompagnement de l'enfant, primordial, n'est pourtant pas reconnu dans la nomenclature.

# QUELS OBJECTIFS

La possibilité d'avoir recours à un IPDE en libéral permettrait de désengorger les urgences pédiatriques et contribuerait à rationaliser l'offre de soins. Pour garantir une prise en charge de qualité auprès des enfants, le développement des relais en suite d'hospitalisation doit se développer avec les professionnels spécialisés.

L'activité libérale des IDE pourrait également entrer en complémentarité avec l'ensemble des secteurs de l'enfance, notamment dans le cadre des modes d'accueil ne disposant pas d'un IPDE, ou encore au sein de l'éducation nationale pour la réalisation des bilans de 3 et 4 ans.

L'intégration de l'IPDE libéral dans la mise en œuvre du parcours de santé coordonné de l'enfant permettra alors une prise en charge plus fluide et efficiente sur le territoire.

# NOS PROPOSITIONS

Créer une nomenclature spécifique aux soins et à la prise en charge réalisée par l'IPDE en libéral

**5.1** - En exercice libéral, seul l'IPDE assure :

**5.1.1** - Les prises en charge néonatales et pédiatriques pour les enfants de moins de 6 ans dans l'application des prescriptions médicales

**5.1.2** - La prescription des dispositifs de soutien à l'allaitement,

**5.1.3** - La pratique des bilans de santé pour les enfants de 3 et 4 ans scolarisés en école maternelle avec orientation si nécessaire,

**5.1.4** - Un recours potentiel pour les EAJE (astreinte), et pour les EAJE sans IPDE, notamment pour l'accompagnement des enfants en situation de handicap

**5.1.5** - La délivrance de certificats d'aptitude à la vie en collectivité, pour les enfants ne présentant pas de handicap ou de maladies chroniques

**5.1.6** - Les vaccinations obligatoires des enfants de moins de 6 ans, sans prescription médicale

**5.2** - Autoriser les IPDE à prescrire :

**5.2.1** - Les solutions de réhydratation orale

**5.2.2** - Les préparations pour nourrissons et les préparations de suite spécifiques en fonction des besoins de l'enfant de 0 à 1 an

**5.2.3** - Les dispositifs de soutien à l'allaitement

**5.3** - Permettre le suivi et l'accompagnement de l'enfant dans son cadre familial, notamment en sortie de maternité dans le cadre d'un suivi en relai et/ou en complémentarité de la SF.

**5.4** - Réglementer et valoriser la consultation d'IPDE en pratique avancée permettant :

**5.4.1** - La réalisation d'un entretien d'analyse clinique médical visant à évaluer l'état de santé de l'enfant et d'orienter si besoin vers une consultation médicale (premier recours de proximité)

**5.4.2** - La réalisation de certains examens de santé obligatoires de l'enfant

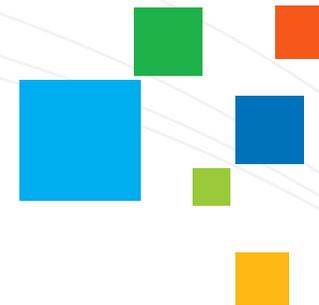
**5.4.3** - Le renouvellement des prescriptions médicamenteuses

**5.5.4** - La prescription médicamenteuse non soumise à prescription médicale obligatoire

**5.4.5** - La prescription d'examens complémentaires



# PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION DES MISSIONS DE L'IPDE EN PROTECTION DE L'ENFANCE



**Nos constats**



**Quels objectifs ?**



**Nos propositions**



# 6

# NOS CONSTATS

La protection de l'enfance est une mission majeure des IPDE, qui reçoivent une formation spécifique pour détecter/évaluer les situations de dangers, poser une analyse clinique permettant d'évaluer les souffrances des enfants, pour les accompagner ainsi que « leurs » adultes référents dans la gestion de ces situations difficiles.

Pour autant, les IPDE sont absents des services de protection de l'enfance. A ce jour, les professions composant les services de protection de l'enfance ne sont pas issues de la filière soignante et n'ont donc pas de formation sur l'évaluation clinique de l'enfant de moins de 6 ans.

Ainsi, les mesures d'assistances éducatives en milieu ouvert et plus largement l'immense majorité des investigations diligentées par les juges des enfants sont privées d'une analyse clinique pertinente en l'absence de soignants dans le cadre de l'évaluation de la situation de l'enfant.

En outre, l'absence d'IPDE des services de l'ASE prive ces services ainsi que le juge des enfants, d'un suivi de santé adapté à la situation, et rend difficile la coordination avec le parcours de santé de l'enfant. Elle est pourtant plus que nécessaire alors que le Défenseur des Droits estime que les enfants en situation de handicap sont sept fois plus nombreux dans le cadre de la protection de l'enfance que dans la population générale.

Paradoxalement, la mission de protection de l'enfance des PMI, où sont présents les IPDE, complique la tâche de ces derniers.

En effet, la PMI répond à deux missions difficilement conciliables si elles sont exécutées par les mêmes IPDE.

La première est d'assurer un accès aux soignants à toute la population et donc plus particulièrement aux populations les plus fragiles. La seconde est d'exécuter des mesures d'enquêtes au titre de la protection de l'enfance dans le cadre des informations préoccupantes.

En d'autres termes, La PMI est perçue par la population comme le « gendarme » de la protection de l'enfance, rendant difficile le maintien, voir l'établissement d'un lien de confiance. Le risque est que les populations en difficulté dans le lien de parentalité ne poussent pas la porte de la PMI pour chercher de l'aide de peur de se voir mis à l'index, voir renvoyer devant la justice. C'est donc toute la mission préventive de la PMI qui est parasitée par cette double mission.

# QUELS OBJECTIFS

Il faut doter l'ensemble des services en lien avec la protection de l'enfance de la ressource IPDE en l'intégrant de manière systématique des IPDE au sein de ces services.

L'évaluation de la situation de danger et de l'efficacité des mesures éducatives judiciaires doivent être effectuées par une équipe véritablement pluridisciplinaire, comprenant systématiquement une évaluation clinique de l'enfant par un IPDE.

En effet, à ce jour, seul l'IPDE reçoit une formation adaptée à ces missions.

Des entretiens cliniques de l'enfant doivent être mis en place et être effectués avec le recours de professionnels de santé à chaque problématique d'évaluation d'enfant en danger.

Les professionnels de santé doivent être présent au recueil de la parole de l'enfant, que ce soit dans le cadre des procédures administratives que judiciaire ; pour permettre aux services concernés de s'adapter au mieux à la situation individuelle de chaque enfant et rendre ainsi plus fine l'analyse de la situation de l'enfant.

# NOS PROPOSITIONS

- 6.1 - Détacher la mission de protection de l'enfance de la PMI
- 6.2 - Instaurer la présence d'IPDE dans les services en charge de la Protection de l'Enfance (ASE, associations en charge des mesures d'AEMO)
- 6.3 - Instaurer des consultations IPDE obligatoires dans le cadre des mesures judiciaires (AEMO, IOE)
- 6.4 - Instaurer des consultations IPDE obligatoires dans le cadre des mesures judiciaires de placement des mineurs auprès des familles d'accueil ou de tout tiers de confiance
- 6.5 - Intégrer une IPDE au sein de la cellule de recueil d'information préoccupante (CRIP)
- 6.6 - Intégrer une IPDE dans le cadre de l'évaluation ou de la rédaction d'une IP ou d'un signalement dans l'évaluation pluridisciplinaire
- 6.7 - Intégrer un IPDE dans les pouponnières, Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS) et Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP)
- 6.8 - Instaurer et s'assurer de l'avis d'un IPDE dans l'évaluation des candidatures d'agrément d'assistants familiaux.
- 6.9 - Intégrer obligatoirement une IPDE dans la formation et le suivi des assistants familiaux.



# CONCLUSION

---



# CONCLUSION

Ce travail de synthèse de l'ANPDE a pour but de proposer une vision d'ensemble des possibilités d'évolution de la spécialité. Les modalités législatives ou réglementaires d'application restent à envisager, et la poursuite d'un travail de réflexion avec l'ensemble des professionnels concernés permettra d'articuler nos propositions avec les pratiques actuelles.

A l'image de l'ensemble des formations en santé, la formation des IPDE intégrera dans quelques temps l'université. Cette universitarisation permettra une montée en compétences, qui devront être exploitées pour faire face aux enjeux de santé publique de demain, notamment en terme de prévention. L'opportunité de faire évoluer la formation, évolution tant attendue, doit permettre dans le même temps la transformation des pratiques professionnelles et nous souhaitons que ce Livre blanc y contribue. Les pratiques déjà existantes citées en exemple montrent bien le potentiel de notre spécialité aujourd'hui sous-exploité par le système de santé ou non valorisée.

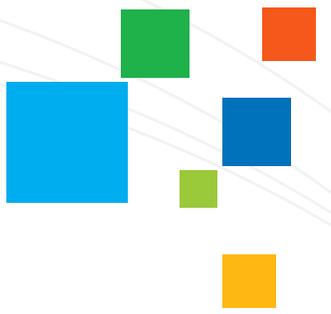
Ce Livre blanc est l'occasion de réaffirmer haut et fort la nécessité de professionnels spécialisés pour la prise en charge de l'enfant : qu'il s'agisse des professionnels paramédicaux ou médicaux, on ne peut se permettre de passer outre une formation spécifique. Nous devons mobiliser les moyens nécessaires pour que nos enfants aient accès à des prises en charge de qualité pour tous sur l'ensemble du territoire, qu'il s'agisse de soins techniques ou de prévention. Il ne s'agit pas de demander des moyens supplémentaires mais plutôt de les réorienter et d'encourager les pratiques innovantes des IPDE.

Pour conclure, nous tenons à remercier l'ensemble des personnes ayant contribué à la réalisation de ce document, notamment les adhérents de l'association sans qui nous n'existerions pas et sans qui la spécialité ne serait pas ce qu'elle est aujourd'hui. Nous remercions également les personnes qui se sont mobilisées pour apporter leurs questionnements, leurs propositions, leurs expériences, et bien sûr le Conseil d'administration de l'ANPDE qui a pu mener ce travail à son terme.

Nous devons désormais faire vivre et porter ce projet. Souhaitons que la mobilisation des IPDE se poursuive pour le voir se concrétiser.

# GLOSSAIRE

---



# GLOSSAIRE

- AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert
- AP : Auxiliaire de Puériculture
- AS : Aide Soignant
- ASE : Aide Sociale à l'Enfance
- CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
- AEPE : Accompagnant Educatif Petite Enfance
- CSP : Code de la Santé Publique
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- EAJE : Etablissements d'Accueil du Jeune Enfant
- EJE : Educateur de Jeunes Enfants
- ETP : Equivalent Temps Plein
- HAD : Hospitalisation A Domicile
- HCFEA : Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge
- HDJ : Hospitalisation De Jour
- IDE : Infirmier Diplômée d'Etat
- IOE : Investigation et Orientation Educative
- IPDE : Infirmièr(e) Puéricultrice(teur) Diplômé(e) d'Etat
- MAM : Maisons d'Assistants Maternels
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- Prado : Service de retour à domicile des patients hospitalisés
- VAD : Visite A Domicile



# BIBLIOGRAPHIE

---



# BIBLIOGRAPHIE

1. Papon S. La mortalité infantile est stable depuis dix ans après des décennies de baisse. 25 juin 2018 [cité 7 sept 2018];(117). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3560308#consulter>
2. Toubon J, Avenard G. Droits de l'enfant en 2017 [Internet]. Défenseur des droits; 2017 nov [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae-2017.pdf>
3. Clancy A, Montanana E, Larkin P, Brenner M. Nurses' preparedness to deliver care to children with complex health care needs [Internet]. The European Federation of Nurse Educators conference (FINE); 2018 [cité 3 sept 2018]; Malte. Disponible sur: <http://www.childhealthservicemodels.eu/publications/conference-presentations-posters/>
4. Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M, et al. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf*. 10 nov 2016;bmjqs-2016-005567.
5. Claudet I, Marchand-Tonel C, Micas N, Darles C, Grouteau E. Urgences vitales de l'enfant : évaluation des capacités des infirmières et puéricultrices à mettre en oeuvre les gestes d'urgence et de réanimation. *Ann Fr Médecine Urgence*. 1 mars 2012;2(2):78-83.
6. Code de la santé publique - Article D6124-61. Code de la santé publique.
7. Code de la santé publique - Article D6124-56. Code de la santé publique.
8. Code de la santé publique - Article D6124-48. Code de la santé publique.
9. Code de la santé publique - Article D6124-34-4. Code de la santé publique.
10. Code de la santé publique - Article D6124-34-5. Code de la santé publique.
11. La pratique infirmière de niveau avancé en soins néonataux. *Paediatr Child Health*. avr 2000;5(3):183-7.
12. University College London Hospitals NHS Foundation Trust. Working as an Advanced Neonatal Nurse Practitioner (ANNP) [Internet]. [cité 8 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=sfBqKAFyDXw>
13. Smith SL, Hall MA. Developing a neonatal workforce: role evolution and retention of advanced neonatal nurse practitioners. *Arch Dis Child - Fetal Neonatal Ed*. 1 sept 2003;88(5):F426-9.
14. Fanta K, Cook B, Falcone RA, Ricketts C, Schweer L, Brown RL, et al. Pediatric trauma nurse practitioners provide excellent care with superior patient satisfaction for injured children. *J Pediatr Surg*. 1 janv 2006;41(1):277-81.
15. Varghese JR, Silvestri A, Lopez P. Reaching New Heights: Development of the Emergency Department Nurse Practitioner Fellowship Program. *Pediatr Emerg Care*. janv 2012;28(1):6.
16. Delphine Parmentier AS Catherine Guignard. La consultation de puéricultrice aux urgences pédiatriques. *Cah Puéricultrice*. 2014;4318(281):1-37.
17. Stagnara J, Vermont J, Jacquel J, Bagou G, Masson S, Kassaï B, et al. Réduction des consultations non programmées et non justifiées dans le cadre des urgences pédiatriques grâce à une plateforme téléphonique. *Presse Médicale*. 16 nov 2010;39(11):e258-63.
18. Code de la santé publique - Article R2112-7. Code de la santé publique.
19. Amar E, Borderies F. Les services de PMI : plus de 5 000 sites de consultations en 2012. avr 2015 [cité 30 nov 2017];(913). Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er913.pdf>



# BIBLIOGRAPHIE

20. Brault F. La consultation par l'infirmière puéricultrice en exercice libéral. Cah Puéricultrice. 2013;4318(273):1-37.
21. Colson S. La consultation de la puéricultrice, de la théorie à la pratique. Cah Puéricultrice. 2013;4318(273):1-37.
22. Menuge A. À "petits pas", un centre de consultation de PMI itinérant. Cah Puéricultrice. 2017;5191(311):1-38.
23. Sabine Facchini CG. La consultation de puéricultrice en PMI, un outil majeur de prévention. Cah Puéricultrice. 2013;4318(273):1-37.
24. Viviane Fasciglione CM. La consultation de puériculture en PMI. Cah Puéricultrice. 2014;4318(276):1-38.
25. Sahli-Chau T. Coliques du nourrisson et interactions mère-enfant en consultation de puériculture de protection maternelle et infantile : à propos de 98 cas évalués par l'échelle de Bobigny. J Pédiatrie Puériculture. 1 oct 2010;23(5):243-8.
26. Barot D. Le bilan de santé à 3-4 ans en école maternelle par l'équipe de PMI (puéricultrice et médecin). Cah Puéricultrice. 2004;1407(167):11-44.
27. Charvolin AJ. Bilans de santé des enfants de 3-4 ans de l'année scolaire 2015-2016 dans le territoire de Bièvre-Valloire: résultats et perspectives. [Grenoble]: Grenoble Alpes - UFR de Médecine; 2018.
28. Bégué P. La médecine scolaire en France [Internet]. 2017 oct [cité 11 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/11/Rapport-m%C3%A9decine-scolaire-rapport-r%C3%A9vis%C3%A9-version-26-octobre-2017.pdf>
29. GUERNALEC-LEVY G. Une prévention de la dépression postnatale peu efficace [Internet]. Gynger. [cité 27 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.gynger.fr/la-prevention-de-la-depression-postnatale-est-inefficace/>
30. Bales M. Difficultés psychologiques périnatales : facteurs de risque et développement d'un modèle multifactoriel en population générale. Résultats de l'Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance (ELFE) [Internet] [PhD Thesis]. 2015. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2015BORD0341/document>
31. Code de la santé publique - Article L2112-2. Code de la santé publique.
32. Jourdain-Menninger D, Roussille B, Vienne P, Lannelongue C. Etude sur la protection maternelle et infantile en France [Internet]. IGAS; 2006 nov [cité 13 sept 2018] p. 489. Report No.: RM2006-163P. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000139.pdf>
33. Bouty D. L'accompagnement d'un enfant handicapé en PMI. Cah Puéricultrice. 2013;4136(270):1-36.
34. Zeindler É. L'éducation pour la santé en service de protection maternelle et infantile. Cah Puéricultrice. 2013;4136(272):1-36.
35. Brault F. La reconnaissance de l'exercice libéral, une préoccupation majeure des puéricultrices. Cah Puéricultrice. 2017;5191(306):1-37.
36. Kouche C, Stagnara J, Assathiany R, Chappuy H, Guedj R. Enquête nationale sur les consultations non programmées en pédiatrie de ville. Arch Pédiatrie. 2015;22(5):480-4.
37. Djavadian AA, Barrey C, Université Paris-Est Créteil Val de Marne. Motifs de consultation aux urgences pédiatriques des nouveau-nés et des nourrissons dans le premier mois qui suit la sortie de maternité ou de néonatalogie [Internet]. [Paris]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2007 [cité 2 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/127908668>
38. Infirmiers.com R. Dans les pas d'un infirmier libéral puériculteur [Internet]. Infirmiers.com. 2017 [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/votre-carriere/ide-liberale/video-eric-fabris-avec-un-enfant-il-faut-savoir-etre-enveloppant.html>

ANPDE  
132, avenue du Général Leclerc  
75014 Paris  
secretariat@anpde.asso.fr

