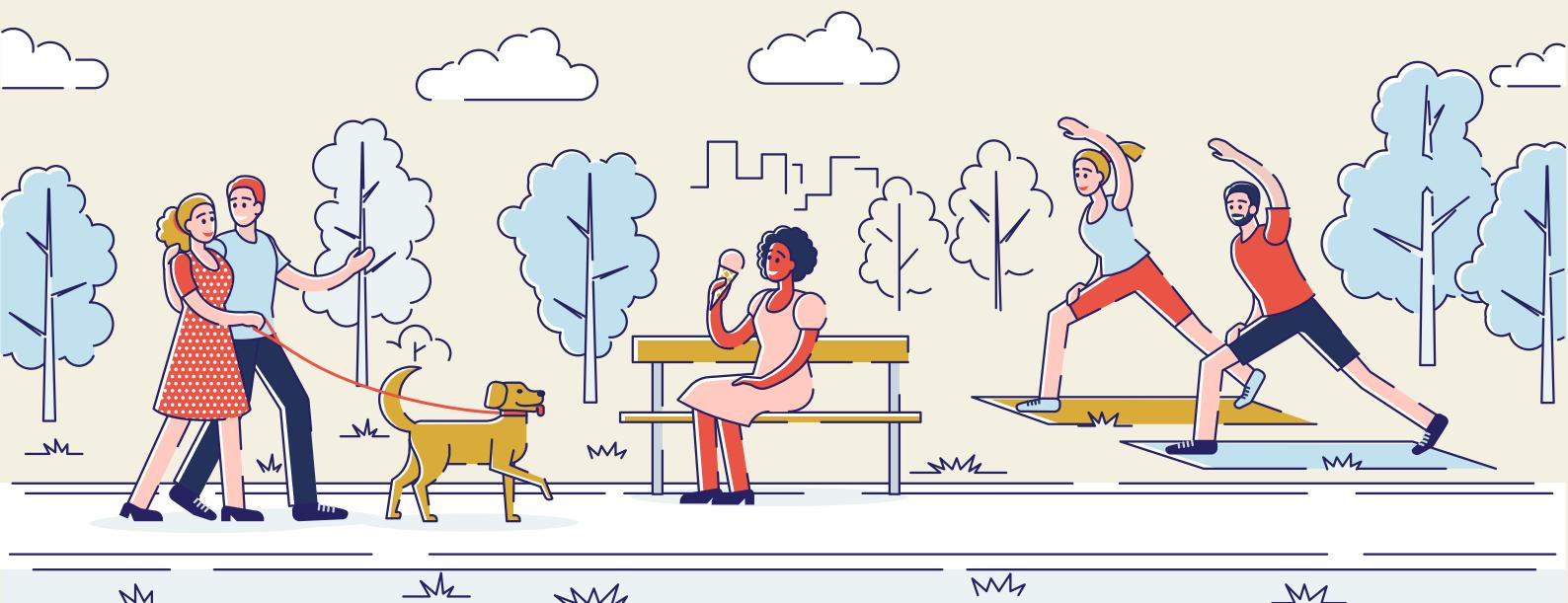


GUIDE

MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUE EN MAISON DE SANTÉ



FémasIF
Fédération des Maisons de Santé
en Île-de-France



**Promotion
Santé
Île-de-France**



SOMMAIRE

ÉDITO | 3

PRINCIPES D'ACTION EN SANTÉ PUBLIQUE | 5

Définitions : mieux comprendre pour agir | 6

Pourquoi mettre en place des actions de santé publique ? | 7

Les critères à retenir pour valider une mission dans le cadre de l'ACI “Missions de santé publique” | 7

MÉTHODOLOGIE DE PROJET EN SANTÉ PUBLIQUE | 9

La phase de conception | 11

- Le diagnostic | 11
- L'identification des acteurs et la définition des rôles de chacun | 13
- La définition des objectifs | 16

La phase de réalisation | 18

- La planification des actions | 18
- La mise en œuvre et le suivi | 20

Évaluation et valorisation | 21

- L'évaluation | 21
- La valorisation | 23

FINANCEMENT DES MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUE | 25

Le financement dans le cadre de l'ACI | 26

Autres financements : CPTS, politiques de la ville et AAP | 29

BOÎTE À OUTILS | 31

Bibliographie et sites internet | 32

Répertoire | 33

Trame de fiche action ARS Ile-de-France | 35

Exemple de fiche action de la MSP Mikado | 37



Fatima SAID-DAUVERGNE

Présidente de la FémasIF

Infirmière libérale à la MSP La Pyramide (91)

Lorsque je rencontre les équipes de MSP partout en Île-de-France, je suis frappée par la même chose : votre énergie, votre sens du soin, et surtout cette attention sincère que vous portez à vos patients, à leurs histoires, à leurs difficultés, à leurs forces aussi. Vous me racontez souvent des situations simples en apparence — une jeune mère épuisée, un patient qui renonce à une démarche, un adolescent silencieux — mais ces situations disent beaucoup de ce qui façonne la santé au quotidien : l'environnement, le contexte social, le soutien familial, l'accès aux droits, la confiance en soi. Elles montrent que **la santé ne se limite pas à ce qui se passe dans le cabinet, et qu'agir en amont devient une nécessité autant qu'une évidence.**

C'est dans cet esprit que ce guide a été conçu. Beaucoup d'entre vous expriment l'envie d'agir en santé publique mais se heurtent à des questions de méthode, d'organisation, ou simplement de temps. Structurer un diagnostic, rédiger des objectifs, planifier une action, évaluer sans complexifier : tout cela peut sembler lourd lorsque l'activité quotidienne est déjà intense. C'est précisément pour cela que ce guide existe : **il n'est pas une injonction, ni un cadre rigide à suivre, mais bien un compagnon de route**, pensé pour vous soutenir et vous accompagner.

Vous y trouverez **une méthodologie de projet simple et adaptée aux réalités des MSP, ainsi qu'une approche fondée sur la promotion de la santé**, qui invite à prendre en compte les déterminants, à réduire les inégalités, à renforcer le pouvoir d'agir des personnes et à mieux articuler les ressources du territoire. Le guide éclaire également les différentes possibilités de financement afin de sécuriser les moyens nécessaires à vos actions.



La capitalisation occupe aussi une place dans ce guide, à sa juste mesure, **une possibilité offerte aux équipes qui souhaitent partager leurs expériences**, rendre visibles leurs apprentissages et contribuer à renforcer l'intelligence collective régionale.

À la FémasIF, nous observons chaque jour la diversité et la richesse des actions menées dans les maisons de santé. Nous savons que **votre travail dépasse largement la coordination des soins : il s'inscrit dans une dynamique territoriale, pluriprofessionnelle et tournée vers la prévention**. Notre rôle est d'accompagner cette dynamique en vous apportant des repères, des outils, un soutien méthodologique et un relais institutionnel lorsque cela est nécessaire. La fédération s'attache à valoriser vos initiatives, à représenter vos réalités auprès des partenaires régionaux et nationaux, et à contribuer, avec vous, à l'évolution des pratiques et des organisations en santé primaire.

J'espère que ce guide vous donnera confiance, qu'il vous apportera des repères utiles et qu'il facilitera la mise en œuvre des actions que vous avez envie d'entreprendre. J'espère aussi qu'il renforcera la dynamique collective de vos équipes, et qu'il **vous aidera à imaginer des projets qui vous ressemblent**, ancrés dans vos territoires et porteurs de sens pour vos patients

Je vous souhaite une belle lecture, de belles actions à venir, et la certitude que **chaque initiative compte**. Continuons, ensemble, à faire vivre ce qui nous rassemble : une manière profondément humaine, engagée et collective de prendre soin autrement.

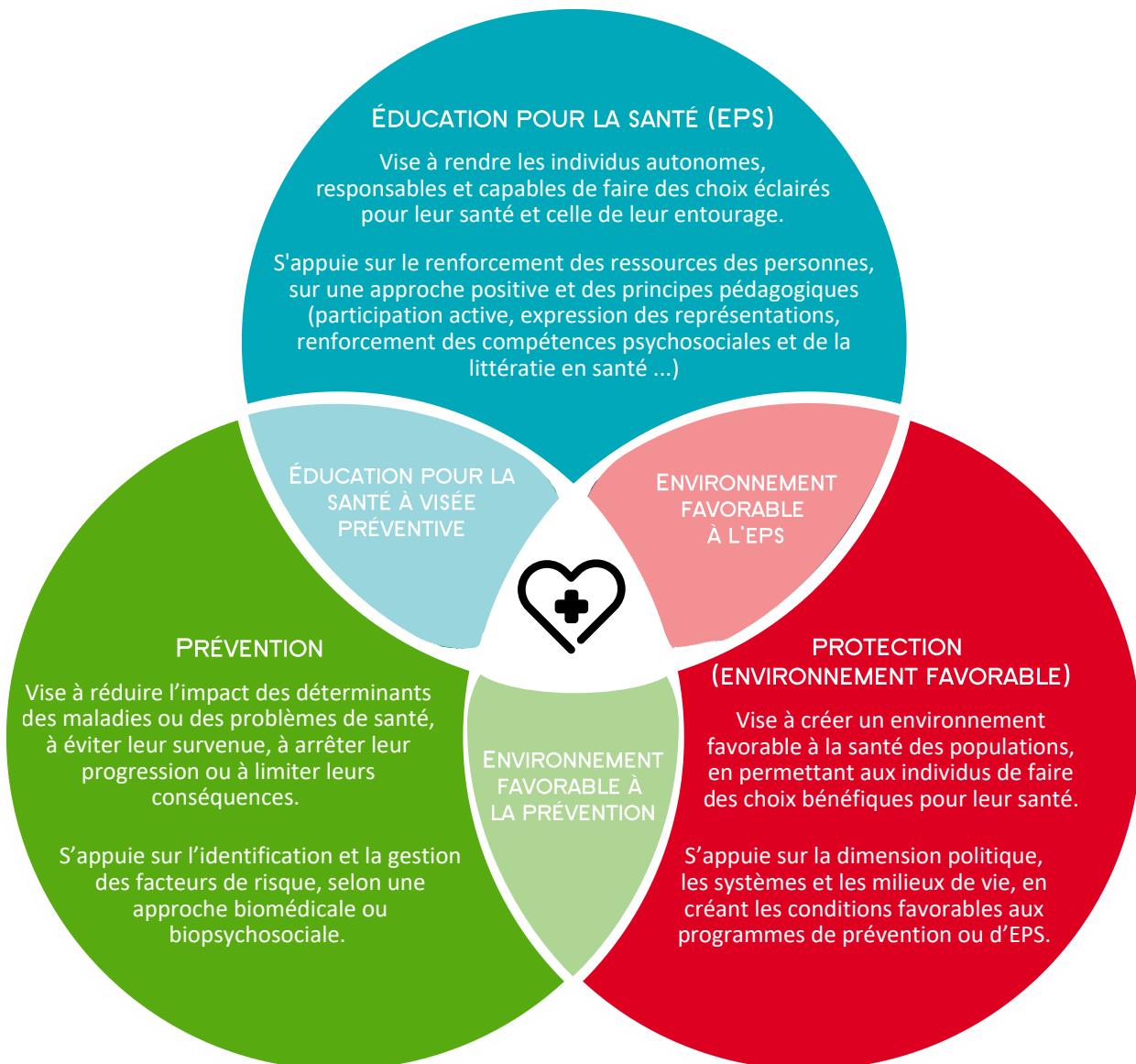
Enfin, je remercie nos partenaires qui ont contribué à la rédaction de ce guide : l'**ARS Ile-de-France**, l'**Assurance Maladie**, la **DCGDR** et l'**association Promotion Santé Ile-de-France** ainsi que la **MSP Mikado** qui a bien voulu nous partager une action de santé publique.



PRINCIPES D'ACTION EN SANTÉ PUBLIQUE



I - DÉFINITIONS : MIEUX COMPRENDRE POUR AGIR



Source : Promotion Santé Ile-de-France

PROMOTION DE LA SANTÉ

La promotion de la santé repose sur :

- La volonté politique forte des décideurs
- L'approche globale et intersectorielle de la santé
- La participation des personnes concernées
- La transformation sociale

2 - POURQUOI METTRE EN PLACE DES ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE ?

La mise en place d'actions de santé publique au sein de la MSP permet de :

- **Compléter sa pratique** individualisée par une pratique centrée sur une patientèle ou une population déterminée
- **Incarner le projet de santé** de l'équipe dans des actions de prévention
- **S'inscrire dans des démarches de prévention** concertées et promotrices de santé
- **Adopter une posture éducative pour renforcer le pouvoir d'agir** des personnes
- **S'intéresser aux déterminants** environnementaux, économiques, sociaux et culturels de la santé en complément des questions liées aux déterminants individuels
- **Agir pour le bien-être des populations**
- **Travailler en pluriprofessionnalité** par l'association de plusieurs compétences présentes au sein de la MSP

3 - LES CRITÈRES À RETENIR POUR VALIDER UNE MISSION DANS LE CADRE DE L'ACI « MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUE »

Les missions de santé publique proposées dans le cadre de l'ACI font l'objet d'une validation par l'ARS. Pour être recevable, une mission de santé publique doit répondre à certains critères :

- ✓ Elle doit **aller au-delà de l'activité habituelle** de soins
- ✓ Elle doit **intégrer des professionnels de santé de l'équipe** et pas uniquement des intervenants extérieurs
- ✓ Elle peut s'inscrire dans des campagnes de prévention nationales (Mois sans tabac, Octobre rose), mais il est souvent préférable que **les actions soient alignées sur le projet de santé de la MSP**. La MSP peut toutefois mener toute action, même hors projet de santé, si elle **répond à un besoin identifié sur le territoire ou dans la patientèle**
- ✓ Elle doit être évaluée **a minima de façon annuelle** avec des indicateurs quantitatifs et qualitatifs

À l'inverse :

- ☒ Elle ne doit **pas se limiter à du repérage ou de l'orientation**
- ☒ Elle ne peut **pas se limiter à la construction d'outils** comme des affiches ou des flyers (la création d'outils peut être financé s'ils s'inscrivent dans une action plus large)
- ☒ **La temporalité est importante** : la mission ne doit pas être une action « one shot ». Elle ne peut plus se dérouler sur une durée illimitée car sa validation est tributaire d'une évaluation. Il est donc conseillé de la formaliser sur une année civile. En revanche, il est possible de reproduire une mission à l'identique d'année en année dès lors qu'elle rencontre un public, qu'elle apporte une plus-value et qu'elle est évaluée
- ☒ Une action de santé publique **se distingue d'un protocole pluriprofessionnel** : l'action de santé publique concerne des actions de prévention et de promotion de la santé (différentes d'une prise en charge médicale) tandis qu'un protocole pluriprofessionnel formalise une organisation pluriprofessionnelle autour de la prise en charge coordonnée des patients sur une pathologie donnée



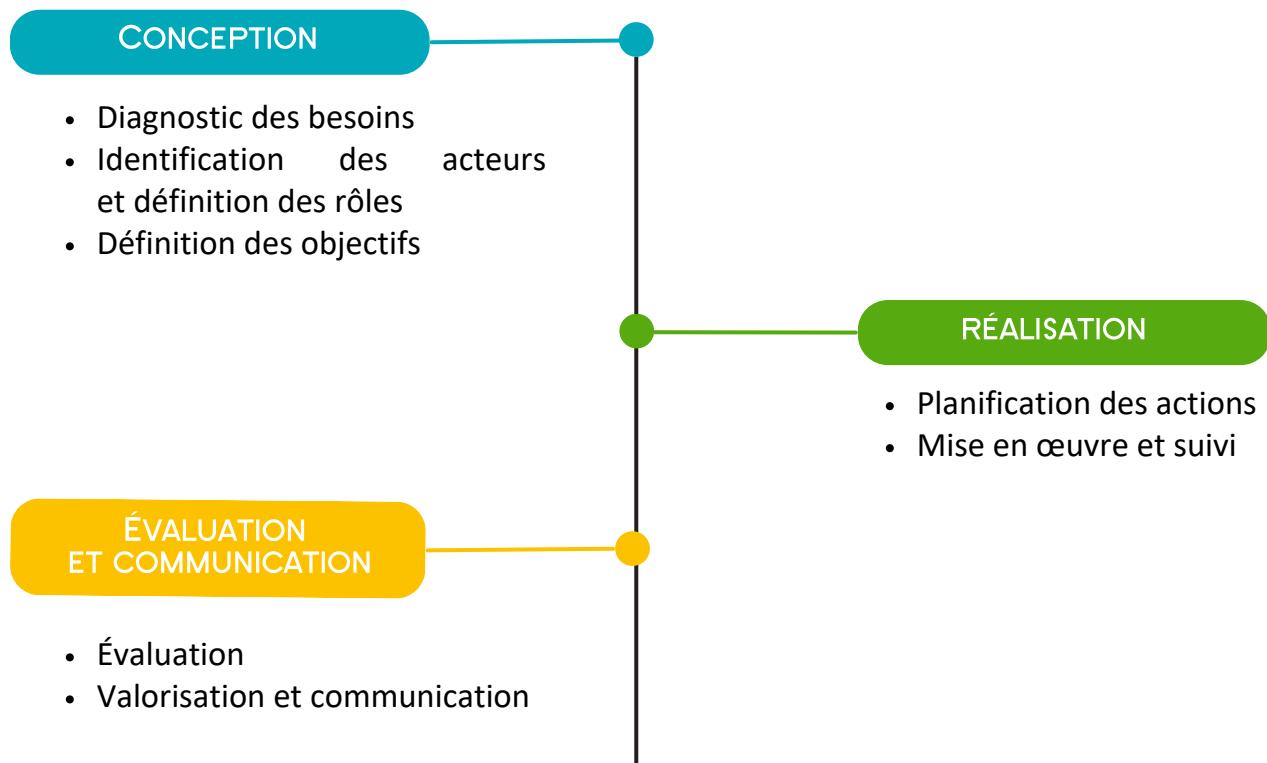
Afin d'éviter de déposer une mission de santé publique qui ne serait pas validée, **vous avez la possibilité de la présenter à votre DD ARS qui vous accompagnera dans sa rédaction**. N'hésitez pas à la solliciter bien en amont du dépôt du dossier ACI.

MÉTHODOLOGIE DE PROJET EN SANTÉ PUBLIQUE



Tout projet de prévention et de promotion de la santé doit s'inscrire dans un cadre logique d'actions. Il est en effet nécessaire de décrire et argumenter précisément le projet et les actions qui en découlent afin de le mener à bien, puis d'en identifier les freins et leviers dans une recherche perpétuelle d'amélioration. À ce titre, une confrontation du projet aux axes de la charte d'Ottawa peut s'avérer utile afin de l'intégrer dans l'écosystème dans lequel évolue la MSP.

Ainsi, **une action de santé publique doit s'appuyer sur une méthodologie de projet rigoureuse** qui constitue un gage d'atteinte des objectifs de l'action. La méthodologie de projet peut se découper en plusieurs phases :



Cette partie du guide propose plusieurs exemples d'outils de gestion de projet qui peuvent être utiles pour formaliser une mission de santé publique. Ils ne sont pas exhaustifs ni obligatoires. Chaque équipe est libre d'y piocher ou de les adapter pour allier souplesse et rigueur.

LA CHARTE D'OTTAWA

La **Charte d'Ottawa**, adoptée en 1986, est un texte fondateur de la promotion de la santé, qui **définit cinq priorités d'actions** :

- 1 L'élaboration de politiques pour la santé
- 2 La création d'environnements favorables
- 3 Le renforcement de l'action communautaire
- 4 L'acquisition d'aptitudes individuelles
- 5 La réorientation des services de santé

Ces axes peuvent former un cadre opérationnel englobant l'ensemble des déterminants de santé.

I - LA PHASE DE CONCEPTION

LE DIAGNOSTIC

Pour qu'une action de santé publique atteigne ses objectifs, **il est nécessaire qu'elle réponde à un besoin réel identifié par l'équipe et/ou exprimé par les usagers**. Sans cette phase préalable, l'action risque en effet de ne pas trouver son public ou d'avoir un impact très faible.

L'analyse des besoins peut s'effectuer à travers plusieurs prismes :

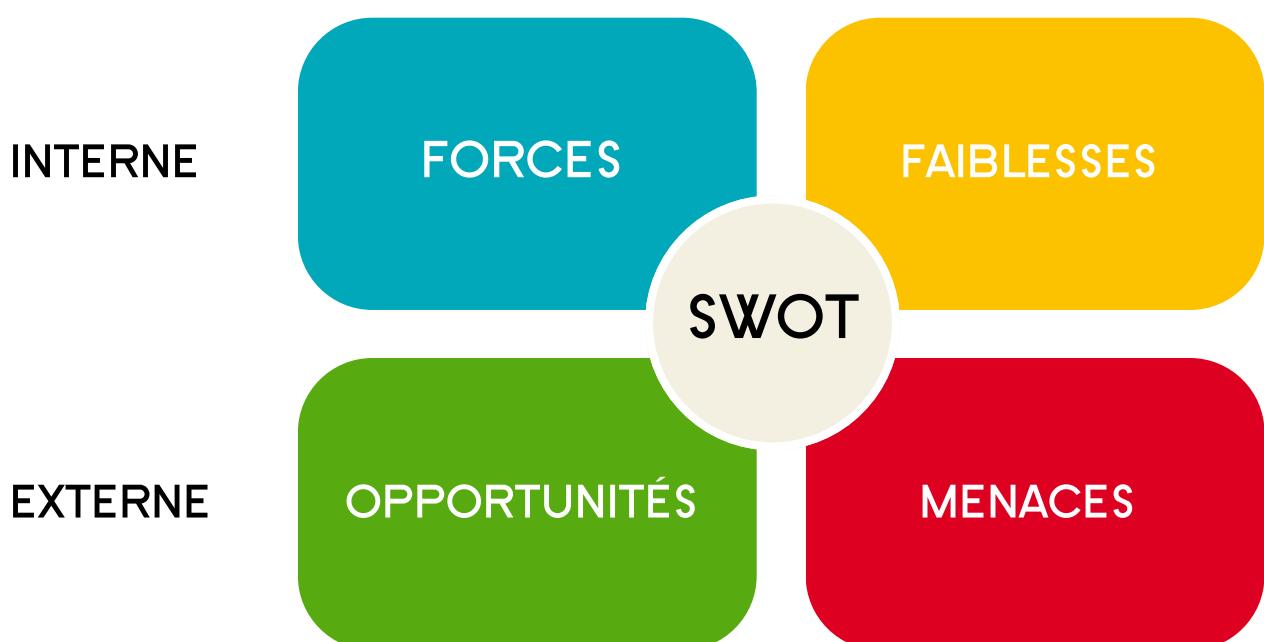
- **Une recherche documentaire** : revue de la littérature sur le sujet, documents programmatiques (projet régional de santé, projet de santé de la MSP ...)
- **Un ressenti des professionnels** face à une problématique de santé récurrente et susceptible de faire l'objet d'un projet ou d'une action de prévention
- **L'interrogation directe des patients/usagers** (enquêtes, entretiens individuels ...)
- **La sollicitation des acteurs du territoire** (élus, collectivités, associations ...), et en particulier les coordinateurs en santé du territoire (ASV, CLS, CLSM et CPTS) qui ont déjà eux-mêmes dû réaliser un diagnostic territorial

La multiplication de ces différents points de vue permet d'envisager la problématique à travers plusieurs prismes et **garantit la cohérence du diagnostic**.

Il est également primordial de **se projeter sur l'action pressentie** afin d'en documenter la faisabilité :

- **Ressources documentaires** : que dit la littérature sur le sujet ? Des actions du même type ont-elles déjà été mises en place par l'équipe ? Dans d'autres MSP ?
- **Ressources humaines** : quels acteurs vont s'engager dans le projet ? Professionnels de l'équipe ? Patients ? Partenaires ? Quelles sont les ressources existantes et celles qu'il faudra mobiliser ?
- **Ressources matérielles** : l'action nécessite-t-elle des achats ? Des formations en interne ?
- **Ressources financières** : quel est le coût de l'action ? Comment ce coût va-t-il s'inscrire dans le budget de la MSP ?

La matrice SWOT est un outil utile pour mettre à plat les différents éléments de l'analyse.



Il s'agit d'une méthode d'analyse stratégique permettant de **décrire le positionnement et les caractéristiques de la structure** selon 4 axes :

- 1 Les **forces** : ressources et avantages de la structure
- 2 Les **faiblesses** : points de blocage ou de vigilance
- 3 Les **opportunités** : potentiel au regard de l'environnement
- 4 Les **menaces** : changements en cours ou à venir de l'environnement et pouvant avoir un impact négatif

OUTILS UTILES :

- Projet régional de santé de l'ARS
- Projet de santé
- Documents contractuels territoriaux (CLS, CPTS...)
- Portail CAPS pour s'inspirer des actions réalisées par d'autres MSP
- Observations des professionnels
- Consultation des usagers
- SWOT



FIL ROUGE*

Plusieurs professionnels de l'équipe ont remarqué en consultation une inquiétude des parents face à la naissance de leur premier enfant. Interrogées, les patientes disent qu'elles souhaitent recevoir des conseils.

Par ailleurs, l'ARS Île-de-France positionne la périnatalité comme l'une des deux thématiques prioritaires du PRS3 (2024-2028).



L'IDENTIFICATION DES ACTEURS ET LA DÉFINITION DES RÔLES DE CHACUN

Différents acteurs vont se mobiliser pour la réalisation de l'action ou du projet dans l'optique d'une dynamique partenariale. En fonction de leurs compétences, de leurs intérêts dans le projet, ou encore de leur disponibilité, tous n'auront pas nécessairement le même degré d'implication.

Plusieurs niveaux d'implication peuvent être identifiés :

- **Le référent du projet** : il est le garant de la bonne réalisation du projet et de sa cohérence
- **L'équipe projet** : il s'agit du « noyau dur » des professionnels (et des patients s'il s'agit d'une action participative) qui vont concevoir l'action
- **Les acteurs** : ce sont les professionnels qui auront des actions à réaliser dans le cadre du projet
- **Les partenaires** (avec ou sans convention) : il s'agit d'acteurs moins impliqués qui seront sollicités plus ponctuellement (patient, spécialiste, expert, FémasIF ...)

* Le fil rouge est librement inspiré d'une fiche de capitalisation réalisée par la Femasco : FeMaSCo-BFC et de la maison de santé de Baume les Dames, « Ateliers collectifs d'accompagnement à la parentalité » : <https://bit.ly/4oGsvSo>

Un outil comme la **matrice de responsabilités « RACI »** permet de définir les missions et les niveaux d'implication de chacun.

R RESPONSABLE	A ACTEUR	C CONSULTÉ	I INFORMÉ
<p>Qui ? Personne qui supervise la tâche et en a la responsabilité</p>	<p>Qui ? Personne qui exécute la tâche qui lui a été attribuée</p>	<p>Qui ? Personne qui est consultée dans l'exécution de la tâche</p>	<p>Qui ? Personne qui est informée à la fin de la tâche</p>
<p>Sa mission ? Veiller à la réalisation effective de la tâche par les acteurs</p>	<p>Sa mission ? Réaliser la tâche et en rendre compte au responsable</p>	<p>Sa mission ? Contribuer par ses conseils ou son expertise à ce que la tâche soit réalisée efficacement ou conformément à des recommandations</p>	<p>Sa mission ? Être tenue au courant à la fin de la tâche à des fins purement informatives, pour relayer une communication</p>
<p>Particularité ? Le responsable peut être à la fois acteur, ou non</p>	<p>Particularité ? Une même tâche peut être réalisée par un ou plusieurs acteurs</p>	<p>Particularité ? Plusieurs personnes peuvent être consultées</p>	<p>Particularité ? Elle n'intervient pas activement dans la réalisation de la tâche</p>



Quelques conseils d'utilisation :

- **Une seule personne est responsable par action, ou éventuellement un binôme de référents** ; cela évite de diluer les responsabilités : si tout le monde est responsable, personne ne l'est...
- **Les rôles peuvent se cumuler** : on peut par exemple être responsable et acteur d'une action

FIL ROUGE

Sur les 9 professionnels de santé de la MSP, 6 souhaitent s'impliquer activement dans une action de santé publique. Une des sage-femme est même volontaire pour assurer le pilotage du projet. La coordinatrice la secondera pour trouver les outils appropriés.

L'organisation posée est donc la suivante :

- Une sage-femme et la coordinatrice sont responsables du projet et en gèrent le pilotage. Le choix d'organiser le pilotage en binôme permet d'allier un profil soignant avec un profil orienté méthodologie de projet.
- Les 5 autres professionnels de santé (*une seconde sage-femme, une psychologue, une orthophoniste et deux médecins généralistes*) seront actifs dans le groupe de travail et la conception/animation de l'action.
- Les professionnels qui ne souhaitent pas s'impliquer donnent tout de même leur accord pour informer leurs patientes, le cas échéant.

Tâche	Coordo	SF 1	SF 2	Psy	Ortho	MG	Equipe
Déterminer les besoins	R	R	A	A	A	A	I
Planifier l'action	R / A	R / A	C	C	C	C	I
Animer les ateliers	R	R / A	A	A	A	A	I



OUTILS UTILES :



- RACI
- QQOQCP (Qui, quoi, où, quand, comment, pourquoi)
- Guide'up

LA DÉFINITION DES OBJECTIFS

À partir du diagnostic réalisé, **les objectifs permettent de formaliser le but à atteindre et explicitent les résultats attendus**. La formulation d'un objectif facilite la compréhension du projet et la coordination des acteurs, car chacun sait dans quelle direction il faut avancer.

Il existe différents types d'objectifs :

● **L'objectif général**

- Il porte sur le projet dans son ensemble
- Il s'agit de l'objectif de santé à atteindre pour une population donnée
- Il précise le territoire, le public, définit la durée

● **Les objectifs spécifiques**

- Ils constituent les différents axes pour atteindre l'objectif général
- Ils permettent de spécifier l'objectif général afin de pouvoir déterminer les objectifs opérationnels

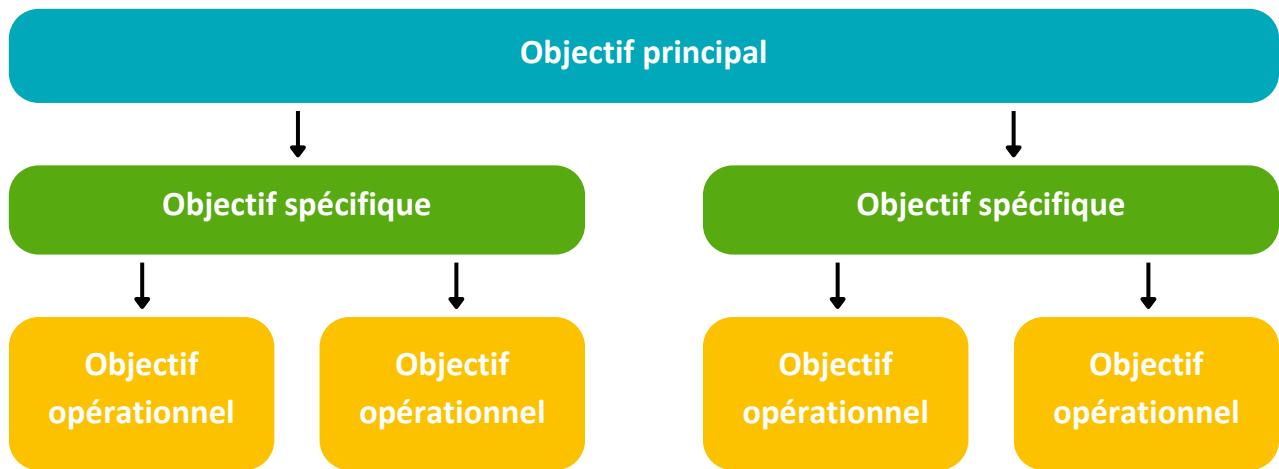
● **Les objectifs opérationnels**

- Ils précisent plus concrètement les actions à développer pour atteindre les objectifs spécifiques
- Ils se traduisent par des verbes d'actions (ex : informer, réaliser, etc.)

L'arbre des objectifs est la représentation graphique de la hiérarchie des objectifs. Il permet de hiérarchiser les objectifs et de mieux comprendre comment les objectifs opérationnels contribuent à l'atteinte de l'objectif principal, et donc à la réussite du projet.

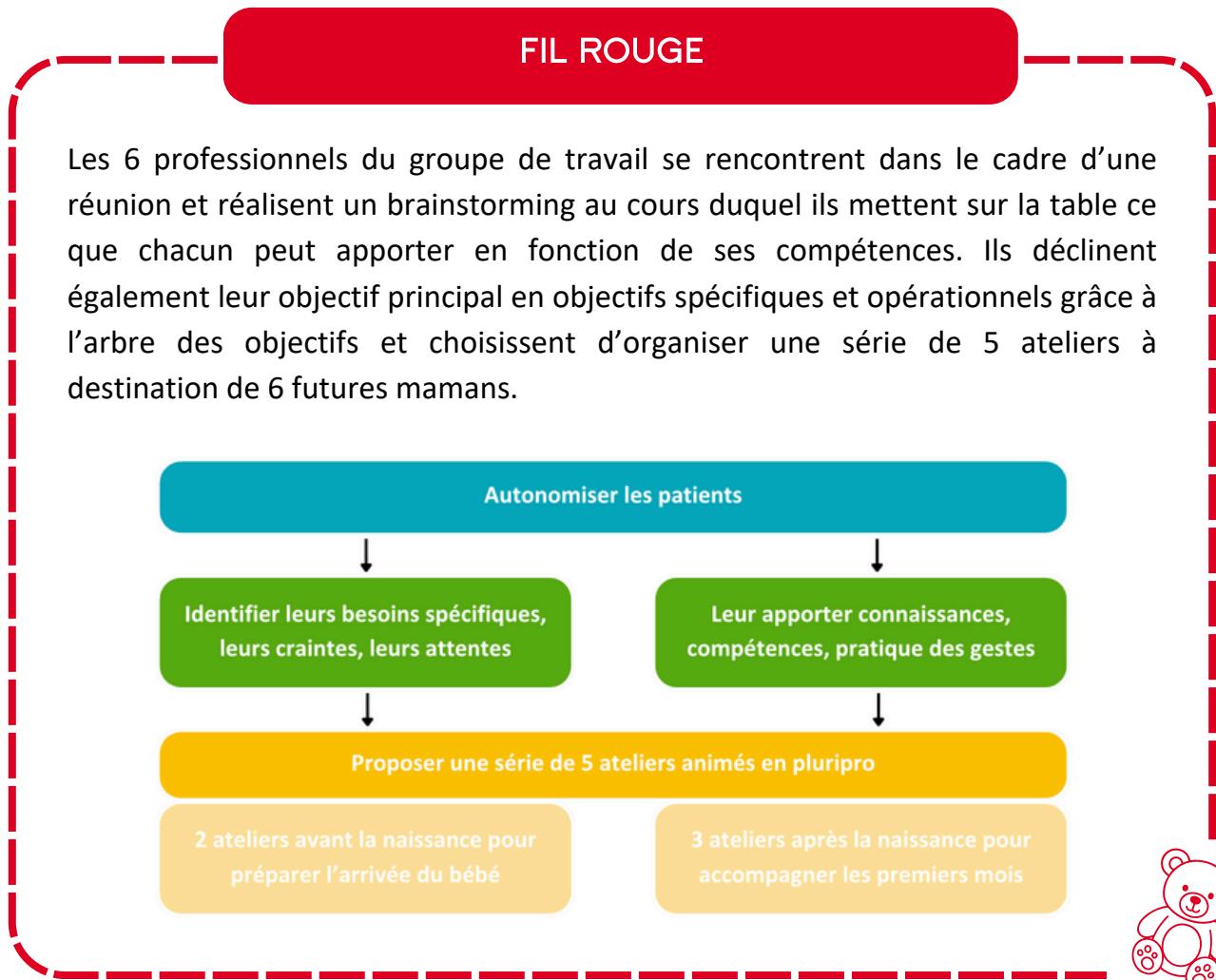
Pour réaliser un arbre des objectifs :

- Lister l'ensemble des objectifs du projet (le brainstorming est l'outil de prédilection pour mener ce travail à bien)
- Déterminer quel est l'objectif principal, à placer au sommet de l'arbre (cet objectif répond à la question du « pourquoi ? » et donne la grande orientation du projet)
- Décliner l'objectif principal en objectifs spécifiques (ils répondent à la question du « comment ? »)
- Élaborer les niveaux suivants (plus on descend dans l'arbre, et plus on est sur des actions concrètes, voire quantitatives)



Une fois construit, l'arbre des objectifs peut être conservé tel quel ou bien retranscrit sous forme d'un tableau permettant de mettre en vis-à-vis des objectifs des éléments utiles pour la conduite du projet : responsable, ressources, indicateurs, etc.

La phase de spécification est importante, car **plus les objectifs sont précis, plus la définition des indicateurs sera simplifiée.**





OUTILS UTILES :

- Arbre d'objectifs
- Brainstorming
- Diagramme des affinités

2 - LA PHASE DE RÉALISATION

LA PLANIFICATION DES ACTIONS

La formalisation et la planification des actions sont fondamentales pour la réussite d'un projet. **La planification permet de séquencer le projet en plusieurs étapes et sert de guide à la réalisation du projet.** Elle est particulièrement utile pour :

- Avoir une vision globale de l'ensemble du projet (tâches à accomplir, échéances, acteurs, ...)
- Définir les grandes étapes du projet et les échéances importantes pour ne rien oublier, notamment si certaines actions supposent que d'autres aient été réalisées en amont
- Savoir en permanence où en est l'action
- Faciliter l'évaluation en gardant la trace de la réalisation des actions

La **méthode QQOQCP** permet de définir précisément le déroulé des actions en interrogeant de façon systématique son organisation :

- **Q - Quoi** : objet, action, phase, opération.
- **Q - Qui** : parties prenantes, acteurs, responsables.
- **O - Où** : lieu, distance, étape.
- **Q - Quand** : moment, planning, durée, fréquence.
- **C - Comment** : matériel, équipement, moyens nécessaires, manières, modalités, procédures.
- **P - Pourquoi** : motivations, motifs, raisons d'être, etc.

Le **diagramme de GANTT** est également un outil efficace pour visualiser rapidement l'avancement du projet. Il peut se combiner avec le modèle RACI et il est possible d'ajouter des colonnes en fonction des besoins (livrables, risques, priorités, référent, taux de réalisation, etc.). Sa conception doit se faire **en lien avec les objectifs spécifiques et les objectifs opérationnels** définis lors de la phase de conception du projet.

Actions	Qui ?	Echéance	Livrables	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Action 1									
Tâche 1					■	■			
Tâche 2						■	■		
Tâche 3						■	■		
Action 2									
Tâche 1							■	■	■
Tâche 2							■	■	■
Tâche 3							■		■

Le séquençage dans le temps peut se faire en semaines ou en mois en fonction de la précision nécessaire au bon déroulé du projet.

Pour la construction du diagramme, **il est conseillé de commencer par la fin et de remonter dans le temps** (rétroplanning).



Certains systèmes d'information permettent d'intégrer le pilotage de projets.



OUTILS UTILES :

- GANTT
- QQOQCP

FIL ROUGE

Le binôme coordinatrice/sage-femme se réunit pour organiser la planification annuelle des ateliers et réalise un diagramme de GANTT qui liste les différentes étapes de l'action et en précise la temporalité : conception des ateliers, réalisation des ateliers, évaluation, communication au fil de l'eau, ... Ce tableau est soumis aux 5 autres professionnels qui le modifient en fonction de leurs disponibilités. La version définitive est envoyée pour information à l'ensemble des professionnels de la maison de santé.



LA MISE EN OEUVRE ET LE SUIVI

Une fois que le projet est planifié, il peut enfin démarrer ! Les professionnels réalisent les tâches qui leur ont été confiées en utilisant les méthodes de travail et les outils définis. En fonction de la complexité du projet, il peut être nécessaire de prévoir des points d'étapes (points projets sur l'avancée du projet en général et/ou groupes de travail sur des thématiques ou des actions spécifiques).

Il est également important de penser au suivi et à l'adaptation. Le projet n'est pas figé et les actions peuvent être modulées dans le temps si elles ne s'avèrent pas efficaces (ex : changer la stratégie de communication si elle n'est pas adaptée au public, modifier l'horaire d'un atelier s'il ne correspond pas à la disponibilité des publics, etc.).

FIL ROUGE

Les 6 professionnels se réunissent à nouveau en groupe de travail et définissent le contenu des ateliers. Pour chaque atelier, ils disposent donc d'une feuille de route précisant : le nom et la fonction du binôme qui assurera l'atelier en fonction de la thématique, le contenu prévisionnel de l'atelier, la grille d'évaluation. Ils réalisent également un poster qu'ils affichent en salle d'attente. Les patientes susceptibles d'être intéressées reçoivent systématiquement une information de la part du professionnel qu'elles viennent consulter.

Au final, 7 patientes s'inscrivent aux ateliers, qui se déroulent régulièrement les mercredis à 14h.





OUTILS UTILES :

- Outil de suivi GANTT tenu à jour
- Système d'information partagé

3 - ÉVALUATION ET VALORISATION

L'ÉVALUATION

L'évaluation permet de mesurer l'impact de l'action. Elle ne doit pas être pensée à la fin du projet, mais bien dès sa conception. Sinon, le risque est de ne pas pouvoir la mener à bien. Par exemple, si le travail de création des outils d'évaluation prend plus de temps que prévu, cela peut retarder l'évaluation (trop de délai entre la fin de l'action et l'évaluation, indisponibilité des données ou des personnes) ou encore si l'on se rend compte que les données nécessaires ne sont pas requêtables.

Il est en effet indispensable de s'assurer de la requêtabilité des données (dans le logiciel, via des comptes-rendus, etc.) et de ne pas s'engager sur des données trop compliquées à récupérer.

On distingue **trois niveaux d'évaluation** en fonction de ce que l'on souhaite évaluer (*ces exemples d'indicateurs ne sont pas exhaustifs*) :

Niveau	Définition	Indicateurs quantitatifs	Indicateurs qualitatifs
Processus	Évaluation de la mise en œuvre du projet : pilotage, déroulement et ajustement, moyens, ressources, communication ...	<ul style="list-style-type: none">• Durée effective / durée prévisionnelle• Taux de consommation du budget	<ul style="list-style-type: none">• Qualité perçue de la communication• Freins et leviers
Activités	Évaluation de la réalité de la mise en œuvre de l'action, de sa pertinence et de l'atteinte de la population ciblée	<ul style="list-style-type: none">• Nombre d'ateliers réalisés / nombre prévu• Nombre de participants / nombre prévu• Nombre de "perdus de vue"	<ul style="list-style-type: none">• Enquête de satisfaction des professionnels
Résultats	Évaluation de l'atteinte des objectifs et des retombées du projet (voulues ou non)	<ul style="list-style-type: none">• Évaluation de type avant/après (test de connaissances, test de marche), à éventuellement reproduire à 6 mois	<ul style="list-style-type: none">• Questionnaire de satisfaction• Changements de comportements perçus

Il est également important de mixer :

- Des **indicateurs quantitatifs** qui donnent des mesures chiffrées (le nombre de patients touchés par l'action est incontournable)
- Des **indicateurs qualitatifs** qui informent davantage sur les points de vue des professionnels et/ou des usagers en ce qui concerne la pertinence des actions menées ainsi que sur les changements de comportements à travers des questionnaires de satisfaction, des focus groupe, des entretiens individuels, etc.

Enfin, **les indicateurs doivent bien correspondre aux objectifs préalablement fixés**, d'où l'importance d'y penser dès la conception de l'action.

Une fois l'évaluation menée à bien, **il peut également être intéressant de proposer une réunion de clôture** : le projet est-il une réussite en fonction des critères établis au préalable ? sera-t-il reconduit ? si oui, comment ? **C'est à la fois un moment de bilan, de réajustements, de programmation, ... et de fierté collective !**



OUTILS UTILES :

- Indicateurs
- Enquête de satisfaction
- Trame d'entretien

FIL ROUGE

Après chaque atelier, les professionnels ont tenu à jour une **liste des présences** afin de mesurer le taux de participation qui s'élève à 100%. Enfin, à l'issue du cycle de 5 ateliers, un **questionnaire de satisfaction** a été distribué à l'ensemble des participantes. Il est réalisé directement à l'issue de la dernière séance pour éviter de perdre des informations. Les femmes regrettent que les pères n'aient pas été associés aux ateliers et verbalisent qu'elles se sentent encore seules pour anticiper la venue du bébé, même si les ateliers les ont rassurées.

Un bilan est réalisé par l'équipe. Il est décidé de reconduire l'action l'année suivante, mais d'organiser les ateliers en soirée pour pouvoir y associer les pères afin que les deux parents entendent les messages et puissent s'épauler. Une participante du premier cycle d'ateliers se porte également volontaire pour apporter son partage d'expérience dans les futurs ateliers.



LA VALORISATION

La communication est également importante et doit se faire tout au long du projet. Elle n'a **pas les mêmes objectifs en fonction du public cible.** Il peut s'agir d'informer les bénéficiaires de l'action, de mobiliser des partenaires, d'informer les professionnels ou encore de motiver les différents acteurs par exemple en communiquant régulièrement sur les avancées et les réussites. Là encore, il faut se poser plusieurs questions en amont :

- **La cible** : à qui est destiné le message et comment le message doit-il être adapté en fonction de la cible ?
- **Les objectifs** : quel est le contenu de la communication et qu'est-ce que la cible doit retenir du message ?
- **Le vecteur** de communication : quel média utiliser (réseaux sociaux, affiches, flyers, articles, rapport) en fonction de la cible et du message ?
- **La temporalité** : quel est le bon timing pour communiquer ?
- **La méthode** : comment établir une stratégie de communication en fonction de ces différents éléments ?

Une fois que ces différents aspects ont été identifiés, **la stratégie de communication se matérialise dans un plan de communication** qui comporte les éléments suivants :

- Public visé
- Objectif de communication
- Message clef
- Canal de diffusion pertinent en fonction du message et du public
- Date ou fréquence de la diffusion (incluant les rappels le cas échéant)



OUTILS UTILES :

- Plan de communication
- Outils de communication internes et externes
- Document de bilan : fiche-bilan, rapport d'évaluation, article, poster, ...

FIL ROUGE

Les femmes susceptibles de participer ont été **informées dès le début de l'action par plusieurs leviers** (explication verbale par l'agent d'accueil, information en consultation, affichage).

L'ensemble de l'équipe a été **informée des avancées de l'action tout au long de l'année**, renforçant ainsi la cohésion de l'équipe.

L'équipe réalise une **fiche de présentation et de bilan** de l'action afin de la valoriser dans le cadre des missions de santé publique financées par l'ACI. L'équipe fait également appel à la FémasIF pour réaliser une **fiche de capitalisation** qui sera diffusée sur le site internet de la MSP.



LA DÉMARCHE DE CAPITALISATION

La capitalisation est une **méthode de compréhension et d'analyse des actions de promotion, de prévention ou d'éducation à la santé** mises en œuvre par des acteurs de terrain. Elle part du principe que les savoirs expérientiels sont riches d'enseignement et peuvent alimenter un corpus de connaissances en santé publique.

Elle a quatre finalités :

- | | |
|---------------|----------------------------|
| ● Pédagogique | ● Scientifique |
| ● Informative | ● Stratégique et politique |

Concrètement, la capitalisation est réalisée par une personne formée à la méthodologie CAPS et propose, sur la base d'un entretien détaillé, de **réaliser une fiche de synthèse de l'action, à la fois descriptive et analytique**. Ainsi, la capitalisation a notamment pour objectifs de faire apparaître les logiques à l'œuvre, de décrire finement les contextes, les savoirs issus de l'action, les stratégies déployées, mais aussi les leviers et les freins rencontrés.

La FémasIF peut vous accompagner dans un projet de capitalisation !

FINANCEMENT DES MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUE



I - LE FINANCEMENT DANS LE CADRE DE L'ACI

L'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) permet aux MSP d'obtenir une valorisation financière dans le cadre de la réalisation d'actions de santé publique, sous certaines conditions. **L'indicateur « Missions de santé publique » est un indicateur optionnel, c'est-à-dire qu'il n'est pas obligatoire**, mais il permet de percevoir un complément de rémunération.

LES MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

Périmètre

Thèmes figurant dans l'ACI
OU correspondant aux objectifs du PRS

Financement

- 350 points variables par mission, proratisés en fonction de la patientèle
- 200 points fixes supplémentaires pour la réalisation de 2 missions et présence d'un.e IPA impliqué.e dans ces missions
- Valorisation plafonnée à 2 missions : la structure peut mettre en œuvre davantage de missions de santé publique, mais celles-ci ne permettront pas d'obtenir des points supplémentaires
- Les missions présentées ne pourront pas faire l'objet d'un double financement

Thématique

Les 2 missions ne peuvent pas porter sur le même thème sauf appréciation de la délégation départementale ARS et de la CPAM sur la nécessité de mise en place d'une seconde mission du même thème dans le territoire concerné (par exemple pour la mise en place de deux programmes d'éducation thérapeutique auprès de deux publics avec des spécificités populationnelles différentes).

Liste des thématiques figurant dans l'ACI :

- Actions en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale
- Lutte contre la tuberculose
- Surpoids et obésité chez l'enfant
- Souffrance psychique et conduites addictives chez les adolescents de 12 à 25 ans
- Prévention du suicide
- Prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie) pour les régions non incluses dans les expérimentations PAERPA
- Prévention périnatale et suivi des femmes en situation de précarité
- Éducation thérapeutique et éducation à la santé

FOCUS SUR L'ETP

Un programme d'ETP est une démarche strictement encadrée et qui suppose plusieurs prérequis : formation des professionnels, réalisation d'un bilan éducatif partagé, etc.

Ce programme diffère de la réalisation d'ateliers collectifs. De par sa complexité, un programme d'ETP n'est pas nécessairement dimensionné au financement d'une action de santé publique via l'ACI. Des financements spécifiques peuvent être alloués par l'ARS.

LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

Le Projet Régional de Santé (PRS 3) 2023-2028 se compose de trois documents :

- **Le Cadre d'Orientation Stratégique (COS 2018-2028)**, a pour ambition de porter une vision régionale, stratégique et partagée en matière de santé.
- **Le Schéma Régional de Santé (SRS 2023-2028)**. Il se compose de six axes, déclinés chacun en fiches-action qui présentent les grands objectifs stratégiques et opérationnels pour la santé des Franciliens.
- **Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS 2023-2028)** vise à favoriser l'accès aux droits et aux soins des plus démunis, en complément des actions en faveur de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé figurant dans le SRS.

Le SRS décline plusieurs axes stratégiques :

Axes stratégiques	Mesures clés
Axe 1. Construire une culture de la prévention et développer le pouvoir d'agir des citoyens	Périnatalité, Santé mentale, Vaccination, Contraception, Santé des femmes, Santé des enfants, Jeunes
Axe 2. Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients	Parcours, Autonomie, Handicap, Personnes âgées, Parcours numérique, Périnatalité, Santé mentale, Recherche, Aidants
Axe 3. Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins accessible, adaptée et de qualité	Coopération interprofessionnelle, Handicap, Numérique, Personnes âgées, Médecin traitant, Temps médical, Soins non programmés, Expérience patient, Investissements
Axe 4. Former, recruter et fidéliser les professionnels de la santé en Île-de-France	Attractivité, Universitarisation, Logement des soignants, Renfort RH, Attractivité IDE, Médecin traitant
Axe 5. Gérer, anticiper et prévenir les risques	Risque, Données, JOP 2024, Cyber, Environnement
Axe 6. Fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques	Déterminants de santé, Nutrition, Sport santé, Logement, Territoires défavorisés, Santé mentale, Aménagement



À noter que **la périnatalité et la santé mentale sont deux priorités** d'intervention fortes de l'ARS Île-de-France.

En complément du SRS, le PRAPS propose des axes supplémentaires s'adressant à des **publics démunis**, c'est-à-dire des personnes vivant avec des désavantages majeurs en termes de revenus, de logement, d'emploi, de liens sociaux et d'utilisation de services, et pour lesquelles l'accès aux soins et à la prévention est particulièrement difficile. Ainsi, il est possible de valoriser des stratégies d'intervention reposant sur l'aller-vers, la promotion de la prise en soins des publics démunis, le renforcement de l'accès à la prévention et à la promotion de la santé...

LES FINANCEMENTS

- **Attention aux doubles financements**, une même action peut être éligible à plusieurs sources de financements, mais le cumul n'est pas forcément possible
- À l'inverse, il est possible de **potentialiser une action qui pourra valider plusieurs indicateurs ACI** (ex : faire porter la démarche qualité sur une action de santé publique, intégrer des patients dans une action de santé publique), etc.



Pour bien répondre aux attendus de l'ARS, pensez à **rédiger votre mission de santé publique en suivant la trame régionale**, proposée dans la quatrième partie de ce guide.

2 - AUTRES FINANCEMENTS : CPTS, POLITIQUES DE LA VILLE ET AAP

LES CPTS

Dans le cadre des missions prioritaires définies dans leur ACI, les CPTS développent des **missions territoriales de prévention**. Il est donc possible qu'une MSP se rapproche de la CPTS de son territoire pour envisager la possibilité d'intégrer une action développée par la CPTS.

LES CRÉDITS POLITIQUES DE LA VILLE

La politique de la ville, coordonnée par l'Agence Nationale de la Cohésion des Territoires (ANCT) a pour objectif de réduire les inégalités entre les territoires, **en mobilisant des crédits spécifiques pour les habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville** (QPV). Ils viennent en complément des crédits de droit commun (demande via la plateforme Dauphin de l'ANCT ou au niveau régional auprès de la Préfecture).

LES APPELS À PROJETS

Les appels à projets proposés par des institutions publiques (ARS, Région, Préfecture de région, Conseil départemental, ville, ...) ; des caisses d'Assurance Maladie ; des fondations ou associations reconnues d'utilité publique.

En Île-de-France, le site de Promotion santé Ile-de-France recense les différents appels à projets.

[Voir les AAP en cours](#)



bit.ly/4o3hVE5

BOÎTE À OUTILS



I - BIBLIOGRAPHIE ET SITES INTERNET

RESSOURCES DES ACTEURS FRANCIENS

- Le site internet de la FémasiF : femasif.fr
- Le site internet de Promotion Santé Ile-de-France, avec plusieurs ressources : promotion-sante-idf.fr
 - E-parcours : <https://bit.ly/3WSyA22>
 - Les dossiers « Comprendre et agir » : <https://bit.ly/4i0QSaT>

AUTRES RESSOURCES PRATIQUES

- Guide Up' : guide-up.org/partenariat/
- Manager Go : www.manager-go.com/gestion-de-projet/

RESSOURCES DE L'ARS ILE-DE-FRANCE

- PRS 2023-2028 : <https://bit.ly/470mI7C>
- Infolettre Santé Ensemble : <https://bit.ly/3LNY3qY>
- Infolettre Édition Professionnels de santé : <https://bit.ly/47WHzEo>

GÉNÉRALITÉS SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

- Charte d'Ottawa : <https://bit.ly/4oIBBxY>
- OMS, Glossaire de la promotion de la santé : <https://bit.ly/4r5Hnvj>

INFORMATIONS SUR LA CAPITALISATION

- Portail CAPS : www.capitalisationsante.fr/
- Fiche de la FeMaSCo-BFC et de la maison de santé de Baume les Dames, « Ateliers collectifs d'accompagnement à la parentalité » : <https://bit.ly/4p9U7il>

2 - RÉPERTOIRE

FÉMASIF

- Vaina BLOCH - Responsable RH et développement économique
vaina.bloch@femasif.fr
- Camille BONNEAUX, Chargée de mission innovation
camille.bonneaux@femasif.fr
- Madeleine CHEVAL, Chargée de mission exercice collectif & formation
madeleine.cheval@femasif.fr
- Martin MÉRINDOL, Coordinateur régional
martin.merindol@femasif.fr

Pour toutes questions et pour une réponse rapide, écrivez à contact@femasif.fr

ARS

RÉFÉRENTS MSP DE L'ARS ÎLE-DE-FRANCE - SERVICE OFFRE DE SOINS AMBULATOIRES

- 75 - Paris
ars-dd75-ville-hopital@ars.sante.fr
- 77 - Seine-et-Marne
ars-dd77-ambulatoire-prof-sante@ars.sante.fr
- 78 - Yvelines
ars-dd78-ville-hopital@ars.sante.fr
- 91 - Essonne
ars-dd91-ambulatoire@ars.sante.fr
- 92 - Hauts-de-Seine
ars-dd92-offre-de-soins@ars.sante.fr
- 93 - Seine-Saint-Denis
ars-dd93-ambulatoire@ars.sante.fr
- 94 - Val-de-Marne
ars-dd94-ambulatoire@ars.sante.fr
- 95 - Val d'Oise
ars-dd95-ville-hopital@ars.sante.fr

ASSURANCE MALADIE

RÉFÉRENTS MSP DE L'ASSURANCE MALADIE - ADMINISTRATIF

- 75 - Paris
exercice-coordonne.cpam-paris@assurance-maladie.fr
- 77 - Seine-et-Marne
exercice-coordonne.cpam-seine-et-marne@assurance-maladie.fr
- 78 - Yvelines
exercice-coordonne.cpam-yvelines@assurance-maladie.fr
- 91 - Essonne
exercice-coordonne.cpam-essonne@assurance-maladie.fr
- 92 - Hauts-de-Seine
exercice-coordonne.cpam-hauts-de-seine@assurance-maladie.fr
- 93 - Seine-Saint-Denis
exercice-coordonne.cpam-seine-saint-denis@assurance-maladie.fr
- 94 - Val-de-Marne
exercice-coordonne.cpam-val-de-marne@assurance-maladie.fr
- 95 - Val d'Oise
exercice-coordonne.cpam-95@assurance-maladie.fr

RÉFÉRENTS MÉDICAUX DE L'ASSURANCE MALADIE

Précisez dans l'objet du mail "Exercice coordonné"

- 75 - Paris
pole-relations-professionnels-sante.elsm-paris@assurance-maladie.fr
- 77 - Seine-et-Marne
coordination-usa-77@assurance-maladie.fr
- 78 - Yvelines
usa78.elsm-yvelines@assurance-maladie.fr
- 91 - Essonne
elsm91-usa-drsm75sm@assurance-maladie.fr
- 92 - Hauts-de-Seine
pole.rps.elsm-nanterre@assurance-maladie.fr
- 93 - Seine-Saint-Denis
pole-rps93.elsm-bobigny@assurance-maladie.fr
- 94 - Val-de-Marne
USA-94@assurance-maladie.fr
- 95 - Val d'Oise
95usa-direction-drsm75sm.elsm-val-doise@assurance-maladie.fr

3 - TRAME DE FICHE ACTION ARS ÎLE-DE-FRANCE

Trame de fiche action « Missions de santé publique »

Nom de la structure

Thématique de référence de la mission de santé publique (un seul choix possible)

- Action en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale
- Lutte contre la tuberculose
- Surpoids et obésité chez l'enfant
- Souffrance psychique et conduites addictives chez les adolescents de 12 à 25 ans
- Prévention du suicide
- Prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie)
- Prévention périnatale
- Éducation thérapeutique et éducation à la santé

Ou

- En cohérence avec les objectifs du projet régional de santé 3

Intitulé de l'action

Responsable de l'action (nom, prénom, fonction, contact)

Formulation des objectifs

Problématique observée

Objectif général : l'objectif général porte sur le projet dans son ensemble. Il annonce l'amélioration attendue

Objectifs opérationnels : les objectifs opérationnels précisent plus concrètement les activités pour atteindre l'objectif général. Ils correspondent aux activités/actions à mettre en œuvre

Déroulement de l'action

Description du déroulement de l'action et des modalités de mise en œuvre

Pour qui ? Public bénéficiaire : type de public visé, nombre de personnes prévu pour participer à l'action, modalités de recrutement

Qui ? Acteurs de la MSP participants à l'action de santé publique et rôle de chacun

Avec qui ? Partenaires externes

Où ? Lieu de l'intervention

Quand ? Quelle périodicité ?

Comment ? Interventions ou activités prévues : nature, nombre ; moyens mis en œuvre...

Calendrier

Date de début :

Date de fin :

Étapes du déroulé de la mission et calendrier de ces étapes :

Évaluation. L'évaluation est nécessaire, elle permet de réajuster le projet au regard des résultats obtenus à son issue

Votre méthodologie d'évaluation :

Quels outils allez-vous utiliser pour évaluer votre action (tableaux de bord des indicateurs, questionnaires de satisfaction...) ?

Objectifs annuels et évaluation :

Objectifs annuels de la mission	Indicateurs retenus pour l'évaluation	Valeur cible	Pièce justificative

Bilan général de l'action et perspectives : indiquer si les objectifs ont été atteints et si non pourquoi

3 - EXEMPLE DE FICHE ACTION DE LA MSP MIKADO

Nom de la structure :

MSP Mikado Santé



Thématique de référence de la mission de santé publique (un seul choix possible)

- Action en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale
- Lutte contre la tuberculose
- Surpoids et obésité chez l'enfant
- Souffrance psychique et conduites addictives chez les adolescents de 12 à 25 ans
- Prévention du suicide
- Prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie)
- Prévention périnatale
- Éducation thérapeutique et éducation à la santé

Ou

- En cohérence avec les objectifs du projet régional de santé 3

Intitulé de l'action : La prévention des troubles du langage oral avant l'entrée à l'école

Responsable de l'action

Nom - prénom - fonction - contact

Formulation des objectifs

Problématique observée :

Dans le domaine du développement du langage et de la communication, les trois premières années sont essentielles comme le souligne le rapport des mille premiers jours.

Nous constatons que le repérage des enfants présentant des troubles du langage intervient souvent trop tardivement, vers 4 ans, en moyenne section, alors que

certaines études mentionnent un risque de trouble des apprentissages accru si la prise en charge débute après 4 ans. En effet, les difficultés langagières observées dans les premières années sont prédictives du développement ultérieur. Ainsi, un trouble précoce du langage est un facteur de risque identifié de problèmes de développement, comportementaux, mais aussi de difficultés à entrer dans le langage écrit et donc d'échec scolaire. Un critère clinique d'urgence de prise en charge est l'absence de langage et de mots identifiables à l'âge de 24 mois. Cette situation nécessite une prise en charge rapide avec une orthophoniste.

Les facteurs de risques de développer un trouble précoce du langage sans cause biomédicale ne sont pas clairement établis dans la littérature. Il est cependant convenu que le risque est augmenté si d'autres membres de la famille ont des difficultés langagières ou d'apprentissage, ou si des problématiques périnatales ont existé (1). Plus spécifiquement, des recherches ont également examiné les effets de la dépression maternelle sur le développement du langage chez les bébés. Les études de Feldman et al. (2019), Giallo et al. (2020) et Gunning et al. (2019) ont montré que la dépression maternelle était associée à des retards dans le développement du langage chez les nourrissons, en partie expliqués par des interactions mère-enfant de moindre qualité (2, 3, 4).

Certaines données montrent qu'être un garçon, dernier d'une grande fratrie augmenterait le risque de trouble précoce du langage oral. (5)

Certains aspects socio-affectifs sont connus :

En effet, des recherches ont largement confirmé l'importance de l'interaction mère-bébé et de l'attachement sécurisé dans le développement du langage chez les nourrissons et les jeunes enfants. « Nécessite une médiation linguistique qui est tout d'abord orale et intrafamiliale... on doit donc souligner l'importance des stimulations sensorielles, affectives, sociales ... ». (6)

Selon van IJzendoorn, Dijkstra et Bus (1995), les enfants sécurisés semblent avoir de meilleures compétences linguistiques que les enfants insécurisés (7). Ces différences peuvent être attribuées à la qualité de l'interaction parent-enfant. Dans les relations sécurisées, les parents agissent comme de meilleurs "enseignants", ce qui stimule l'intérêt des enfants pour l'apprentissage, y compris pour les compétences linguistiques. En revanche, les enfants insécurisés montrent souvent des compétences verbales et des performances académiques plus faibles, ainsi qu'une moindre curiosité envers l'apprentissage (Granot & Mayseless, 2001 8 ; Jacobsen & Hofmann, 1997 9 ; Pianta & Harbers, 1996 10 ; Weinfield, Sroufe, Egeland, & Carlson, 1999 11).

Les études sur l'attachement insécurisé ont également montré des corrélations avec des retards de langage chez les enfants. Leerkes et al. (2017) (12) McMahon et al. (2018) (13) et Verhage et al. (2020) (14) ont tous trouvé que les enfants avec un attachement insécurisé ont tendance à avoir des compétences linguistiques moins avancées que ceux avec un attachement sécurisé. Ces résultats suggèrent que les relations d'attachement peuvent influencer directement le développement du langage chez les jeunes enfants.

En outre, des études telles que celles menées par Mendelsohn et al. (2008) (15) ont souligné l'importance de l'interaction mère-bébé de haute qualité pour le développement du langage chez les nourrissons. Les nourrissons qui sont exposés à des interactions plus fréquentes, réactives et stimulantes avec leur mère ont tendance à avoir un vocabulaire plus étendu et des compétences linguistiques plus développées que ceux qui sont exposés à des interactions de moindre qualité.

Aussi, l'acquisition du langage oral détermine ensuite l'acquisition du langage écrit « La conquête du langage oral est indispensable à la maîtrise de l'écrit. » comme expliqué en annexe 1. Le site « 1000 premiers jours.fr » conseille les parents sur les interactions qu'ils peuvent avoir avec leur bébé dès la naissance pour renforcer le lien d'attachement, sa confiance en lui et le développement de sa communication. Il est indiqué que ces interactions se font à tout moment de la journée (bain, change, repas ...) et aussi par des câlins, des gestes rassurants, des encouragements... (16).

Ainsi, la fréquentation d'un accueil petite enfance est généralement considérée comme un facteur de protection permettant aux enfants d'avoir de meilleures capacités de socialisation ainsi qu'un meilleur développement du vocabulaire. Or, une grande part d'enfants de moins de trois ans n'ont pas de place en crèche. A Villeneuve le roi, il y a 5 crèches (4 municipales et 1 départementale) pour un total d'environ 200 places et environ 70 assistantes maternelles pour environ 300 naissances par an (chiffres INSEE 2022) et environ 900 jeunes enfants de moins de 3 ans (chiffres INSEE 2017).

Actuellement à la MSP environ 150 nourrissons de moins de 2 ans sont suivis.

Sur le terrain, les professionnels de la MSP ont posé les constats suivants :

- Déni ou méconnaissance des parents de ces troubles chez leur bébé et de la nécessité d'interagir avec lui
- Manque d'interaction de la part des parents (manque d'échanges avec leurs bébés)
- Croyances de parentalité parfois bien présentes diminuant les interactions avec le bébé : « il apprendra à parler à l'école », « il faut le laisser pleurer.... », « il ne faut pas trop le porter... »

- Manque d'accompagnement post-partum sensibilisant les parents sur l'importance de l'échange oral avec leur bébé
- La consultation du 24ème mois, consultation obligatoire mais souvent oubliée car ne nécessitant pas de vaccination obligatoire, alors qu'elle constitue un temps important de dépistage d'un retard de langage.
- Quand le trouble est diagnostiqué l'accompagnement parental semble difficile à mettre en place et souvent source souvent d'échec.

Ces constatations sont d'autant plus inquiétantes que le contexte d'offre de soins sur le territoire de la MSP est déficitaire en médecin généraliste (ZIP+) et en orthophoniste. L'accès à une prise en charge pluri professionnelle recommandée avec séances de psychomotricité, psychothérapie et ergothérapie est également limité par le non remboursement de ces soins (17). La prise en charge par la MDPH est longue à obtenir (environ 1 an). La PMI du secteur est aussi en difficulté de présence médicale et les consultations spécifiques de neuro pédiatrie (Fondation Vallée au Kremlin Bicêtre) pour notre secteur ne sont accessibles qu'après plusieurs mois d'attente.

Dans ce contexte, il semble pertinent de développer la prévention secondaire des troubles précoces du langage chez les bébés (dès la naissance et jusqu'à 2 ans) dans la population avec facteurs de risque (manque d'interaction parents-enfants, difficulté dans l'environnement en période périnatale ...). Il semble important également de développer un parcours de soins dédié en cas d'absence de langage à 24 mois, ce qui fera l'objet de la mise en place d'un protocole au sein de la MSP.

Cette intervention sera basée sur la promotion d'interactions positives et adaptées aux besoins de développement langagier de l'enfant.

Bibliographie :

1. Centre hospitalier universitaire mère-enfant. Troubles du langage. 2020 [30/04/2024] Disponible sur : <https://www.chusj.org/fr/soins-services/Troubles-du-langage/Outils-et-conseils/Problematiques>
2. Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2019). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(9), 919-927.
3. Giallo, R., Cooklin, A., Wade, C., D'Esposito, F., & Nicholson, J. M. (2020). Maternal postnatal mental health and later emotional-behavioural development of children: The mediating role of parenting behaviour. *Child: Care, Health and Development*, 39(2), 198-207.
4. Gunning, M., Halligan, S. L., & Murray, L. (2019). Contributions of maternal and infant factors to infant responding to the Still Face paradigm: A longitudinal study. *Infant Behavior and Development*, 36(3), 319-328.
5. Université d'Ottawa. Trouble développement du langage. 2022 [10/05/2024] Disponible sur : <https://cnfs.ca/pathologies/trouble-developpement-du-langage#:~:text=Facteurs%20de%20risque&text=%C3%89tre%20de%20sexe%20masculin,enfant%20d'une%20grande%20fraternelle>

6. Inpes 2004. L'évolution du langage de l'enfant. [05/05/2024] Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/02_plaquette_inpes.pdf
7. Van IJzendoorn, M. H., Dijkstra, J., & Bus, A. G. (1995). Attachment, intelligence, and language: A meta-analysis. *Social Development*, 4(2), 115-128
8. Granot, D., & Mayseless, O. (2001). Attachment security and adjustment to school in middle childhood. *International Journal of Behavioral Development*, 25(6), 530-541
9. Jacobsen, T., & Hofmann, V. (1997). Children's attachment representations: Longitudinal relations to school behavior and academic competency in middle childhood and adolescence. *Developmental Psychology*, 33(4), 703-710
10. Pianta, R. C., & Harbers, K. L. (1996). Observing mother and child behavior in a problem-solving situation at school entry : Relations with academic achievement. *Journal of School Psychology*, 34(3), 307-322.
11. Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 68-88). New York, NY: Guilford Press
12. Leerkes, E. M., Blankson, A. N., & O'Brien, M. (2017). Differential effects of maternal sensitivity to infant distress and nondistress on social-emotional functioning. *Child Development*, 88(2), 618-637
13. McMahon, C. A., Camberis, A. L., Berry, S., & Gibson, F. L. (2018). Maternal mind-mindedness: Relations with maternal-fetal attachment and stability in the first two years of life. *Early Human Development*, 117, 32-41
14. Verhage, M. L., Schuengel, C., Madigan, S., Fearon, R. M., Oosterman, M., Cassibba, R., ... & van IJzendoorn, M. H. (2020). Narrowing the transmission gap: A synthesis of three decades of research on intergenerational transmission of attachment. *Psychological Bulletin*, 146(4), 337-389
15. Mendelsohn, A. L., Dreyer, B. P., Flynn, V., Tomopoulos, S., Rovira, I., Tineo, W., ... & Nixon, A. F. (2008). Use of videotaped interactions during pediatric well-child care to promote child development: A randomized, controlled trial. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 29(6), 435-442
16. « Les 1000 premiers jours, Là où tout commence » [16/05/2024] Disponible sur : <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/les-interactions-avec-bebe>
17. HAS Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ? [12052024] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/synthese_troubles_dys_v4.pdf

Objectif général

Prévenir les troubles et retard de langage oral avant l'âge de 2 ans chez les bébés à risque.

Dépister les bébés de 24 mois sans langage pour renforcer leur accès à la rééducation orthophonique (« urgence » orthophonique) et faire le lien avec le protocole de prise en charge « trouble du langage à 24 mois » de la MSP.

Objectifs opérationnels

- Repérer les bébés à risque en sensibilisant les professionnels de la MSP
- Organiser des ateliers de guidance parentale précoce pour les parents concernés

Déroulement de l'action

Pour qui ?

- Parents de nourrissons âgés de 0 à 24 mois suivis à la MSP : n'ayant pas de mode de garde collectif (i.e : crèche ou assistante maternelle) dont les parents sont isolés et/ou en situation familiale ou sociale fragile et/ou en difficulté périnatale parentale et/ou en souffrance de fatigue parentale, de dépression du post-partum...

- Parent(s) chez qui l'Interaction parents-bébés est constatée comme fragile ou difficile par le professionnel de santé pendant le temps de soins ou de consultation

Critères d'exclusion : les bébés et enfants de plus de 2 ans car leur trouble du langage relève déjà d'une prise en charge curative et non plus préventive.

Qui ?

Les professionnels de la MSP qui prépareront et animeront les ateliers :

- Nom - Prénom - Fonction
- Nom - Prénom - Fonction
- Nom - Prénom - Fonction
- Nom - Prénom - Fonction ...

Les professionnels de la MSP impliqués dans le repérage des bébés (et familles) à risque de trouble du langage :

- Médecins généralistes en consultation de suivi (J15, M1, M2, M3, M4, M5, M6, M9, M11, M12, M16-18, M24, M36) et consultations de soins non programmés
- Kinésithérapeutes en soin de rééducation périnéale, soin de malformation ou malposition articulaire (pied bot, pied metatarsus...) et soins dispensés en période périnatale.
- Infirmier.es à domicile intervenant pour les soins de cicatrice de césarienne ou autres soins dans une famille avec des enfants en bas âge.
- Tout professionnel de la MSP qui se voit confier par un parent une difficulté avec son bébé

Avec qui ?

La PMI pourra être sollicitée pour inclure des participants.

Où ?

Dans les locaux de la MSP.

Quand ? Quelle périodicité ?

Lors de plusieurs ateliers. Chaque parent sera invité à suivre le cycle de deux ateliers. Ce cycle d'ateliers pourra être organisé deux fois dans l'année où plus en fonction des besoins.

Comment ?

1/ Réunion d'information et sensibilisation des professionnels la MSP et du secrétariat sur le repérage des bébés et familles à risque de trouble du développement du langage oral.

Cette réunion sera expertisée par l'orthophoniste, la psychologue et animée par la coordination et organisée 1 fois par an.

Objectifs de la réunion :

- Identifier les étapes clés du développement normal du langage oral chez les bébés et enfant de moins de 3 ans
- Nommer les signes d'alerte d'un trouble du développement du langage oral chez les bébés et enfant de moins de 3 ans (pas de babillage à 9mois, pas de mot à 24 mois)
- Identifier les facteurs de risque de trouble du développement du langage oral : défaut d'interaction parents-bébés, exposition aux écrans, faible interaction parents-enfants pendant le temps de soin ou de consultation, troubles anxieux des parents, dépression du post-partum ...
- Aborder avec les parents le quotidien avec leur bébé : repas, bain, sommeil, jeu, changes ... Une affichette récapitulative (en annexe) sera laissée à disposition des professionnels de la MSP. Ils pourront ainsi s'y référer à tout moment.
- Identifier les référents de cette action pour lui transmettre le nom des bébés et enfants repérés avec les éléments justifiants le repérage
- Identifier le déroulé de l'action avec les objectifs des ateliers

2/ Repérage par les professionnels de santé de la MSP des bébés et familles à risque de retard de langage

À tout moment un bébé et une famille peuvent être repérés par les professionnels de la MSP.

- Médecins généralistes en consultation de suivi (J15, M1, M2, M3, M4, M5, M6, M9, M11, M12, M16-18, M24, M36) et en consultation de soins non programmés : au premier contact avec le bébé
- Kinésithérapeutes en soin de rééducation périnéale, soin de malformation ou malposition articulaire (pied bot, pied metatarsus...) et soins dispensés en période périnatale.
- Infirmier.es à domicile pour soins de cicatrice de césarienne
- Tout professionnel de la MSP qui se voit confier par un parent une difficulté avec son bébé

Pendant ce temps de repérage, le professionnel pourra aborder les temps d'alimentation, de soins (changes, bain...), d'endormissement, ... pour comprendre comment se passent les interactions parents-bébés pendant ces temps quotidiens.

Il pourra également passer un premier message de sensibilisation sur l'interaction parents-bébés (parler à son bébé pendant le changement de couche, éteindre les écrans en présence du bébé).

Il proposera la participation aux ateliers sur le sujet organisé par la MSP. « Nous organisons des ateliers sur ce sujet à la MSP. Êtes vous d'accord pour que je parle de votre situation avec mes collègues qui organisent ces ateliers. Ils vous recontacteront pour vous proposer des dates. »

Il transmettra par la messagerie sécurisée (outil déjà utilisé au sein de la MSP) le nom du bébé concerné et le téléphone des parents aux référentes de l'action avec les éléments justifiant l'adressage vers les ateliers. Il laissera une note d'observation dans le logiciel partagé (SI) de la MSP (MLM).

En fonction du calendrier des ateliers, les référentes contacteront les familles identifiées.

3/ Organisation des ateliers de guidance parentale précoce

Atelier 1 : atelier de sensibilisation et d'information des jeunes parents

- Age de l'enfant : de la naissance et jusqu'à 24 mois
- Objectifs : prévention, dépistage des situations à risque, réassurance des parents
- Modalités : ateliers au sein de la MSP réunissant les 4 à 5 ou 8-10 parents pendant 1h30 => en fonction du nombre de parents, plusieurs sessions pourront être organisées par an avec enfant et les deux parents
- Déroulé : question brise-glace « comment parlez-vous avec votre bébé .. ? »
 - Annonce des règles de fonctionnement avec de la bienveillance et l'absence de jugement
 - Animation dynamique pour que les participants se présentent

Groupe d'échange sur la communication avec son bébé : chaque participant raconte ses temps d'échange avec son bébé et les difficultés rencontrées. L'animateur repartit la parole et pousse le groupe à la réflexion vers d'autres façons de faire. L'expert apporte des façons de faire et rappelle les avantages des interactions sur le développement du langage et le développement global du bébé et des enfants (figure d'attachement ...).

Atelier 2 : atelier de mise en pratique des interactions parents-enfants

- Age de l'enfant : de la naissance et jusqu'à 24 mois
- Objectifs : accompagner les parents dans la mise en place d'habitudes stimulant l'interaction avec leurs enfants (quel jeu faire avec lui, quel livre regarder avec lui, ...).
- Objectifs secondaires : prévenir et dépister les parents les plus en difficulté pour leur proposer un suivi plus rapproché
- Modalités : ateliers au sein de la MSP réunissant les 4 à 5 ou 8-10 parents (3 intervenants) pour plus de convivialité et d'intimité (utilisation de l'espace tapis, paravents et parents pendant 1h30 => en fonction du nombre de parents, plusieurs sessions pourront être organisées par an)
- Déroulé :
 - Animation dynamique
 - Rappel des règles de fonctionnement : Pas de jugement, bienveillance, douceur
 - Mise en pratique avec jeux de rôles d'interaction pendant les différents moments du quotidien et en fonction de l'âge des bébés : changes, repas, jeux (quel jeu), histoires (quel livre), bain ...
 - Fin de séance avec tour de table des participants répondant à la question : que pensez-vous pouvoir refaire à la maison ?

4/ Évaluation. En fonction des indicateurs

L'évaluation sera organisée par les référents de l'action, puis travaillée avec le groupe de travail de l'action pour être présentée à l'équipe de la MSP ensuite.

Calendrier

Date de début : décembre 2024. Réunion d'information et sensibilisation des professionnels la MSP et du secrétariat sur le repérage des bébés et familles à risque de trouble du développement du langage oral.

Date de fin : décembre 2025.

Étapes du déroulé de la mission et calendrier de ces étapes :

1. Réunion d'information et sensibilisation des professionnels la MSP et du secrétariat sur le repérage des bébés et familles à risque de trouble du développement du langage oral. En décembre 2024

2. Repérage par les professionnels de santé de la MSP des bébés et familles à risque de retard de langage : en continu

3. Organisation des ateliers de guidance parentale précoce : deux cycles ou plus de deux ateliers tout au long de l'année 2025

4/ Évaluation après chaque cycle d'ateliers tout au long de l'année 2025

Évaluation

Objectifs annuels et évaluation :

Objectifs annuels de la mission	Indicateurs retenus pour l'évaluation	Valeur cible	Pièce justificative
2	Nombre de cycles d'ateliers réalisés	1	Émargement (anonymisés par la suite) des participants
32	Nombre de parents participant à un atelier	28	Idem
20	Nombre de parents participant aux 2 ateliers	18	Idem

Bilan général de l'action et perspectives

Le bilan sera présenté à l'équipe de la MSP, aux partenaires et pourra être valorisé en congrès de discipline par exemple.

À la suite du bilan, une adaptation de la mission sera effectuée pour qu'elle puisse être renouvelée plus en lien avec le secteur local de la petite enfance.

FÉDÉRATION DES MAISONS DE SANTÉ EN ILE-DE-FRANCE

53 quai de la Seine - 75019 Paris

contact@femasif.fr

femasif.fr



AVEC LA PARTICIPATION DE :

