

Etude sur la protection maternelle et infantile en France

Rapport de synthèse

Tome I/III - Rapport

Rapport présenté par :

***Danièle JOURDAIN-MENNINGER, Bernadette ROUSSILLE
Dr. Patricia VIENNE et Christophe LANNELONGUE***

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Rapport n°RM2006-163P
Novembre 2006***

Etude sur la protection maternelle et infantile en France

Rapport de synthèse

Tome I/III - Rapport

Rapport présenté par :

***Danièle JOURDAIN-MENNINGER, Bernadette ROUSSILLE,
Dr. Patricia VIENNE et Christophe LANNELONGUE***

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé.***

***Rapport n° RM2006-163P
Novembre 2006***

L'inspection générale des affaires sociales avait inscrit dans son programme de travail pour 2006 une mission d'étude sur la protection maternelle et infantile (PMI). Par lettre du 20 février 2006, le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille ont demandé à l'IGAS que cette mission puisse contribuer à proposer « *les axes fondamentaux d'une politique rénovée en termes de missions et d'obligations, ainsi que les modalités à développer pour assurer son rôle-clé dans le domaine de la prévention, notamment au regard de la protection de l'enfance* ». Cette mission, confiée à Mmes Danièle JOURDAIN-MENNINGER, Bernadette ROUSSILLE, à Mme le docteur Patricia VIENNE et à M. Christophe LANNELONGUE s'est déroulée entre le 1^{er} mars et le 25 octobre 2006. La mission a procédé à des enquêtes de terrain dans quatre départements (Calvados, Essonne, Hérault, Meurthe-et-Moselle) qui ont fait l'objet de rapports de sites. Le département de Paris a été inspecté conjointement avec l'inspection de la Ville de Paris.

Le statut de l'activité des services de protection maternelle et infantile, tel qu'il figure dans le Code de la santé publique, est particulier. C'est la seule compétence sanitaire globale qui fasse, dans notre pays, encore l'objet d'une décentralisation : d'emblée, la loi du 18 décembre 1989, qui prévoit les missions du service départemental de protection maternelle et infantile (SDPMI), énonce qu'il s'agit d'une mission partagée avec l'Etat et les organismes d'assurance maladie. Ce double statut de mission partagée et décentralisée explique que la loi précise non seulement les activités que le SDPMI doit mener mais la façon dont il doit s'organiser, sous la responsabilité d'un médecin, avec des normes minimales d'activité et de moyens et des exigences de qualification de ses personnels.

1. La PMI apporte une contribution importante à la promotion de la santé des enfants, des jeunes et des familles

La PMI touche un cinquième de la population concernée

Malgré des remontées imparfaites de données en provenance des départements, et en tenant compte de la difficulté à raisonner à partir de moyennes, compte tenu de l'hétérogénéité des départements, il est possible de retenir quelques données chiffrées :

- 18 % des femmes enceintes et 20 % des enfants (dont plus de 50 % de moins d'un an) à travers notamment près de 250 000 séances de consultations sont suivis par la PMI, et plus de 400 000 personnes sont vues en consultations de planification
- 36 000 nouveaux agréments d'assistantes maternelles sont délivrés tous les ans
- 9000 professionnels travaillent dans les services de PMI dont 2000 médecins titulaires et près de 5000 puéricultrices et infirmières.
- La dépense nationale de PMI s'élève à 700 millions d'euro environ.

Ses missions sont très diversifiées

- *elles sont à la fois larges et variées* : consultations, visites à domicile, actions collectives, recueil de données épidémiologiques, actions dans les domaines de la planification des naissances, de l'éducation à la sexualité, du suivi des enfants, de la surveillance sanitaire des enfants, du contrôle et du suivi des modes de garde.

- *elles concernent cinq publics prioritaires* : les jeunes, les femmes enceintes, les enfants de moins de six ans, les enfants confiés à l'aide sociale enfance et les professionnels des modes de garde. Les textes font mention de femmes et enfants "requérant une attention particulière" et de "populations vulnérables et de quartiers défavorisés".

La valeur ajoutée de la PMI est moins quantitative que qualitative

Elle réside essentiellement dans :

- *son accessibilité*

Elle est d'abord géographique. Ainsi existe-t-il 4600 lieux de consultation infantile, souvent implantés dans des quartiers en difficulté ou dans des zones déshéritées, même en milieu rural. Dans certains quartiers sensibles visités par la mission, le centre de PMI est, avec l'école et la police, la seule institution présente, massivement fréquentée.

Elle est aussi administrative et financière - légèreté des formalités requises ; gratuité des consultations, des vaccins, des produits contraceptifs sous certaines conditions etc...

Elle est enfin culturelle, en raison notamment de permanences de puéricultrices ou d'infirmières, et des durées de consultations, beaucoup plus longues que chez les médecins de ville et à l'hôpital.

- *son approche globale*

La PMI se situe à la charnière du sanitaire et du social, de l'individuel et du collectif (animation des salles d'attentes, séances d'information collectives), des actions de prévention (dépistages, vaccinations) des actions éducatives (conseils et accompagnement). Les professionnels de PMI, à la différence des professionnels libéraux, se rendent au domicile des femmes enceintes ou ayant accouché pour les aider par des conseils et un suivi, qui sont devenus d'autant plus nécessaires que les séjours en maternité sont de plus en plus ramenés à trois ou quatre jours. De la même façon, la PMI s'est donné les moyens, de manière complémentaire par rapport aux autres professionnels de l'action sociale ou de la santé, d'accompagner une famille et un enfant dont le handicap vient d'être dépisté.

La PMI est particulièrement bien placée pour prendre en charge les conséquences de la vulnérabilité sociale et psycho-sociale des femmes enceintes et des familles dès qu'est détecté un facteur de risque pour l'établissement du lien mère/enfant. Elle est en première ligne pour détecter le développement d'affections telles que l'obésité, les troubles psycho-comportementaux, les maladies respiratoires, le saturnisme ou la prévalence des déficiences et handicaps etc... Elle est un des acteurs les plus à même d'intervenir dans les difficultés de la parentalité qui apparaissent aujourd'hui comme un phénomène social important.

- *sa place dans les dispositifs partenariaux*

La PMI est un partenaire privilégié des acteurs du secteur social : le service social ou de l'aide sociale à l'enfance (ASE) du département, avec lesquels les professionnels ont des relations quotidiennes, mais aussi avec les caisses d'allocations familiales (CAF), les municipalités, les associations de quartier et les écoles.

Elle est en général bien intégrée avec les acteurs du dispositif sanitaire avec lesquels elle s'articule en complémentarité : participation à des réseaux, de périnatalité principalement, mais aussi réseaux ville hôpital, présence des sages-femmes et de puéricultrices en maternité, liaisons avec les médecins de ville, relations avec les secteurs et inter secteurs de psychiatrie et les centres d'action médico-sociaux précoces (CAMPS).

2. Mais elle connaît des disparités territoriales et des difficultés de fonctionnement

Les principaux dysfonctionnements résident dans les disparités entre les départements et à l'intérieur des départements dans les prestations offertes et la performance des services, mais aussi dans une difficulté structurelle de positionnement. On le constate de différentes manières :

Les disparités entre les départements sont considérables

- consultations prénatales : la norme est de 4 demi- journées de consultations par semaine pour 100 000 habitants. 48 départements n'assurent aucune consultation, alors qu'en revanche 10 départements dépassent très largement ces normes ;
- consultations infantiles : la norme minimale d'1/2 journée de consultation par semaine pour 200 enfants. 47 départements sont au- dessous de ces normes, mais 36 départements multiplient la norme par 2 et 5 départements par 4 ;
- pour le nombre de sages-femmes et de puéricultrices, 22 départements se situent en dessous de la norme. Il en résulte que les écarts entre départements vont de 1 à 20 pour le nombre de sages-femmes et de 1 à 5,5 pour les puéricultrices.

A l'intérieur des départements et notamment pour les consultations prénatales et de planification, il subsiste de nombreuses zones non couvertes, là où des populations, isolées ou particulièrement défavorisées n'accèdent pas à la prévention et au soin.

Ces disparités ne sont corrélées rigoureusement ni à des indicateurs de précarité ou de vulnérabilité ni à la densité médicale, et reflètent souvent la plus ou moins grande intensité de l'implication des élus départementaux dans ces politiques de l'enfance.

Néanmoins, il convient de nuancer ce constat : les visites à domicile qui, elles, ne sont pas normées, compensent pour partie, dans de nombreux départements les consultations. Par ailleurs les écarts, avant la décentralisation étaient du même ordre de grandeur qu'aujourd'hui.

Le positionnement des services de PMI est complexe

- au sein des services départementaux : des tensions persistent en matière d'organisation des services, entre le souhait des Conseils généraux d'une intégration des personnels de PMI dans les services territorialisés et celui des médecins de PMI d'une ligne hiérarchique claire qui leur permettent de garantir l'affectation des personnels à des missions de PMI, sans interférences avec les missions sociales, de plus en plus nombreuses et prenantes, qui échoient aux départements.

- au sein du dispositif sanitaire : en raison de son statut de « filet de sécurité », la PMI joue souvent le rôle de « variable d'ajustement » et de palliatif dans les territoires où existent des problèmes de pénurie de professionnels, des pratiques professionnelles comme par exemple le refus par certains praticiens de patients CMU, ou les conséquences de l'évolution de l'organisation des soins (séjours en maternités de type 3 voire 2 raccourcis à l'extrême...).

Par ailleurs, les relations avec l'assurance maladie sont quasiment inexistantes et souvent réduites à des relations financières déconnectées de toute visée de santé publique. Au demeurant, la participation de l'assurance-maladie au financement des actions de PMI, pourtant prévue et détaillée à la fois dans le Code de la santé publique et dans celui de la Sécurité sociale est extrêmement restreinte (autour de 60 millions €).

Les difficultés dans le pilotage et l'animation des services sont liées notamment à un déficit d'évaluation mais aussi dans certains cas à des difficultés de recrutement.

3. Les recommandations

Les propositions du présent rapport visent à permettre un recentrage, un repositionnement et une amélioration de la performance de la protection maternelle, infantile et de la planification familiale. Elles concernent les instances départementales et l'Etat.

Des recommandations concernant les instances départementales

- définir des objectifs de PMI dans les schémas départementaux
- Intensifier les actions en direction de certaines populations : groupes en situation de précarité ou de pauvreté, personnes en situation de vulnérabilité, notamment psychosociale. La mission suggère de maintenir l'âge auquel les enfants sont suivis par la PMI, c'est-à-dire jusqu'à 6 ans, mais en concentrant les actions, visites à domicile, actions collectives et consultations sur les enfants de moins de deux ans.

Ce ciblage suppose en particulier :

- des implantations géographiques, qui devraient être périodiquement révisées pour suivre les besoins des populations et l'évolution sociologique des territoires ;
- l'utilisation systématique d'indicateurs permettant d'affiner le ciblage des actions : définition de critères médicaux et sociaux à partir des déclarations de grossesse, des certificats de naissance ou du 8^{ème} jour et le recours à des critères de pauvreté et de précarité (bénéficiaires du RMI, de l'API, de la CMU) ou de vulnérabilité psychosociale (mères très jeunes, grossesses très rapprochées..)

- un investissement renforcé sur des actions de prévention précoce et de dépistage

Cela implique que les services de PMI développent et proposent systématiquement :

- des actions collectives, dans le domaine notamment du soutien à la parentalité et, pour les jeunes, de l'éducation à la vie et de la prévention de la violence entre les sexes- des bilans de santé à des moments clés :
 - un entretien de bilan psycho social au 4^{ème} mois de grossesse (celui qui a été institué par le plan périnatalité de 2005)
 - des bilans effectués périodiquement dans le cadre des examens obligatoires et systématiquement à ¾ ans
- une capacité à en assurer le suivi et l'accompagnement dans le cadre d'une prise en charge globale. Cela suppose, pour organiser au mieux ce suivi :
- de renforcer les réseaux de périnatalité et de créer des réseaux pour assurer le suivi des enfants avec une rémunération des actes par les prestations dérogatoires des réseaux
 - de recruter éventuellement, au sein des services de PMI, des personnels nécessaires pour assurer ou initier le suivi : psychologues, des psychomotriciens, voire des orthophonistes ou des orthoptistes
- un désengagement de la PMI par rapport à la mission de suivi des assistantes maternelles qui doit être soit considérablement allégé, soit confié ou partagé avec d'autres services
- l'amélioration du pilotage et de l'animation des services de PMI
- réalisation d'études épidémiologiques, avec un meilleur suivi de l'activité, des coûts et des bénéficiaires et la mise en place d'indicateurs pour suivre la performance.
 - renégociation des conventions présidant aux relations avec les services délégués (services hospitaliers ou associations) avec un contrôle périodique des actions menées
- la renégociation des conventions qui lient dans chaque département les services de PMI à l'Assurance maladie pour que soient mieux assurées et financées la mise en oeuvre des évolutions préconisées précédemment et la qualité des interventions.

Des préconisations en direction des décideurs nationaux :

- la définition d'objectifs se substituant aux normes sur la base d'un plan sur la santé des enfants à élaborer au niveau national
- l'inscription dans la loi de la nouvelle mission de la PMI : l'accompagnement des suites données aux dépistages et à l'entretien du 4^{ème} mois.
- la mise en place d'un Conseil national de l'enfance, à l'image de la commission nationale du plan périnatalité 2005/2008

- la mise en œuvre, en complément des missions de contrôle général de missions d'évaluation et de contrôles thématiques permettant la diffusion de bonnes pratiques, et des évaluations, avec publication systématique des rapports
- la mise en place d'une convention cadre entre l'ADF en tant que représentant des départements et l'UNCAM pour encadrer la renégociation des conventions entre les départements et les caisses pivot de l'assurance maladie pour impliquer celles-ci dans le financement des actions de la PMI, notamment dans le domaine de la prévention précoce et du suivi des dépistages et de l'entretien du 4^{ème} mois
- un engagement des institutions nationales pour aider les départements sur le plan de la qualité : référentiels de l'HAS, outils de l'INPES
- la réaffirmation d'orientations nationales concernant la planification et l'éducation familiale et l'élargissement des compétences des centres de planification et d'éducation familiale (CEPF).

Sommaire

INTRODUCTION.....	2
1. UNE CONTRIBUTION IMPORTANTE À LA PROMOTION DE LA SANTÉ DES ENFANTS, DES JEUNES ET DES FAMILLES	4
1.1 UN DISPOSITIF ANCIEN QUI A CONNU DES ÉVOLUTIONS CONSIDÉRABLES.....	4
1.1.1 De 1945 à 1983 les missions de la PMI évoluent de la survie infantile vers la surveillance de l'état de santé des enfants et des femmes enceintes.....	4
1.1.2 A partir de 1983, la décentralisation est mise en place progressivement et dans une démarche de santé publique.....	5
1.1.3 Les missions actuelles sont définies précisément par la loi et le règlement.....	5
1.2 DES ACTIVITÉS ET DES MOYENS SIGNIFICATIFS.....	5
1.2.1 Une activité mal appréhendée au plan national et au plan local.....	5
1.2.2 Un éventail d'activités dont l'impact quantitatif est relativement important.....	7
1.2.3 Une estimation des moyens et du coût de la PMI.....	10
1.3 UNE VALEUR AJOUTÉE PARTICULIÈRE	11
1.3.1 Les activités de planification ou d'éducation familiale.....	12
1.3.2 L'activité de protection maternelle	15
1.3.3 L'activité de protection infantile.....	16
1.3.4 L'agrément et le suivi des assistants maternels.....	22
2. MAIS UN DISPOSITIF DISPARATE QUI CONNAÎT DES DIFFICULTÉS DE POSITIONNEMENT ET DE PILOTAGE.....	24
2.1 DES DISPARITÉS DANS L'ACTIVITÉ QUI NE SEMBLENT PAS CORRÉLÉES À DES INDICATEURS DE SANTÉ.....	24
2.1.1 Des disparités considérables entre les départements.....	24
2.1.2 Des différences non corrélées à la précarité ni à la densité médicale.....	25
2.2 UN POSITIONNEMENT COMPLEXE.....	26
2.2.1 Au sein des services départementaux.....	26
2.2.2 Au sein du dispositif sanitaire	27
2.2.3 Dans la politique de santé publique.....	28
2.2.4 Par rapport à l'assurance-maladie.....	28
2.3 DES DIFFICULTÉS DANS LE PILOTAGE ET L'ANIMATION DES SERVICES.....	30
2.3.1 Un fort déficit d'évaluation.....	31
2.3.2 Le manque d'accompagnement par les instances nationales.....	33
2.3.3 Des difficultés de recrutement et des problèmes de statut.....	33
3. POUR UN RECENTRAGE, UN REPOSITIONNEMENT ET UN PILOTAGE RÉNOVÉ	34
3.1 RECENTRER SUR LA VALEUR AJOUTÉE SPÉCIFIQUE DE LA PMI.....	35
3.1.1 Viser en priorité les populations précaires et les personnes vulnérables en s'appuyant sur les réseaux	35
3.1.2 Limiter l'engagement de la PMI par rapport au suivi des assistants maternels	35
3.1.3 Les préconisations par bloc de mission	36
3.2 REPOSITIONNER LA PMI DANS LES POLITIQUES NATIONALES.....	40
3.2.1 Rendre plus lisible la politique nationale et régionale de promotion de la santé des enfants et y associer les services de la PMI.....	40
3.2.2 Intégrer la PMI décentralisée dans ces politiques	42
3.2.3 Substituer au système des normes nationales de PMI un pilotage par les objectifs.....	43
3.2.4 Renforcer le contrôle interne et externe sur les activités de PMI	44
3.3 AMÉLIORER LE PILOTAGE ET L'ANIMATION DES SERVICES DE PMI ET ADAPTER LEURS RESSOURCES À L'ÉVOLUTION DES ACTIVITÉS	45
3.3.1 Définir des objectifs pour les services à partir d'études d'évaluation et d'analyse des besoins... ..	45
3.3.2 Développer la transparence sur les activités et des coûts.....	45
3.3.3 Renforcer les compétences.....	46
3.3.4 Adapter les ressources financières.....	47
CONCLUSION GÉNÉRALE	49

ANNEXES

Introduction

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a réalisé depuis 2003, dans le cadre de son programme de travail annuel, le contrôle de quatre services de protection maternelle et infantile (PMI) dans les départements de Seine-Saint-Denis, du Finistère, de l'Ain et de la Guadeloupe. Ces enquêtes ont fait le constat d'une grande hétérogénéité dans les activités mises en œuvre dans les différentes collectivités départementales et, dans certains cas, d'une difficulté à couvrir les missions légales. Ces constats recourent ceux effectués par la défenseure des enfants, dans son rapport annuel 2002, qui faisaient apparaître les services de PMI comme un « système performant mais une réalité inégale ». Elle appelait à une rénovation et à un renforcement des attributions de la PMI.

Dans ce contexte, fin 2005, l'IGAS a proposé au ministre de la santé et des solidarités et au ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, d'inscrire à son programme annuel de travail une enquête sur l'avenir de la PMI. Ce thème a été retenu comme prioritaire par les deux ministres concernés.

De plus, suite au débat public sur la protection de l'enfance initié en 2005, le gouvernement a engagé la préparation d'un projet de loi transmis au conseil des ministres à la mi-avril 2006 et qui fait actuellement l'objet d'un examen par le parlement. Les ministres ont intégré dans ce projet de loi des dispositions concernant la protection maternelle et infantile avec la volonté de développer la prévention médico-sociale précoce en direction des femmes enceintes et des enfants.

C'est pourquoi, par lettre du 20 février 2006 (annexe 1), le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes handicapées et à la Famille ont saisi l'Inspection générale des affaires sociales d'une mission d'étude sur la protection maternelle et infantile visant à proposer « les axes fondamentaux d'une politique rénovée en terme de missions et d'obligations, ainsi que les modalités à développer pour assurer son rôle clé dans le domaine de la prévention, notamment au regard de la protection de l'enfance ».

Cette mission, confiée à Mmes Danièle JOURDAIN-MENNINGER, Bernadette ROUSSILLE, à Mme le docteur Patricia VIENNE et à M. Christophe LANNELONGUE, membres de l'IGAS, s'est déroulée entre le 1^{er} mars et le 15 octobre 2006.

Pour procéder à ses investigations, et en complément des contrôles déjà réalisés et des rencontres et entretiens avec les responsables nationaux et les représentants des professionnels, la mission de l'IGAS a choisi de se déplacer dans quatre départements (Calvados, Essonne, Hérault, Meurthe-et-Moselle). La collectivité départementale-Ville-de-Paris- a fait, quant à elle, l'objet d'une mission conjointe IGAS-Inspection de la Ville de Paris. La liste des personnes rencontrées figure en annexe 2.

Pour analyser l'organisation des services de PMI, les moyens qui leur sont affectés, leurs activités et les résultats obtenus, la mission a élaboré un questionnaire qui est joint en

annexe 4. Quatre rapports de site ont été rédigés et soumis à une procédure contradictoire simplifiée¹. Ils constituent une annexe au présent rapport dans un document distinct.

Au terme de ce travail, les membres de la mission tiennent à souligner la qualité de l'accueil des élus et des responsables administratifs des conseils généraux, ainsi que la richesse des échanges avec les professionnels des circonscriptions et les représentants des institutions rencontrées et au final l'aide très précieuse apportée à la mission, notamment à travers les analyses et les réflexions prospectives qu'ils ont bien voulu lui transmettre.

¹ Mission relative à la politique départementale de protection maternelle et infantile, rapports n° 2006-091, 092, 093, 094. Le rapport sur le département de Paris est un rapport de contrôle diffusé par ailleurs

1. Une contribution importante à la promotion de la santé des enfants, des jeunes et des familles

1.1 Un dispositif ancien qui a connu des évolutions considérables

Les institutions et règles de protection des nouveau-nés et des petits enfants mises en place depuis le 19^{ème} siècle (ouverture des « gouttes de lait », organisation des études de sage femme et de puériculture, loi Roussel de protection de l'enfance et loi Strauss sur le repos après accouchement...) ont été prolongées par un dispositif global de protection maternelle et infantile créée par une ordonnance du 2 novembre 1945 et qui s'est traduit par l'obligation d'ouvrir des consultations pour les femmes enceintes et les nourrissons dans tous les départements et par la mise en place d'une surveillance sanitaire de tous les établissements recevant des femmes enceintes et des enfants.

1.1.1 De 1945 à 1983 les missions de la PMI évoluent de la survie infantile vers la surveillance de l'état de santé des enfants et des femmes enceintes

De manière très simplifiée, on peut dire que pendant une première phase, d'une vingtaine d'année, la PMI est avant tout orientée sur la protection : le contexte est celui d'une forte mortalité infantile, de carences multiples et de problèmes d'alimentation. La PMI s'inscrit alors principalement en complément des services hospitaliers. Elle s'implante sur le territoire et recrute du personnel qualifié. Grâce à l'élévation du niveau de vie, à l'institution de la sécurité sociale, et au recours massif à la vaccination, les problèmes de survie des nouveau-nés et des petits enfants sont largement maîtrisés dès le début des années 1960.

La nécessité de revoir les textes initiaux de la PMI s'impose alors. Le décret du 19 juillet 1962, puis la loi du 6 juillet 1964 réorganisent les services, notamment par la mise en place d'une direction de la PMI confiée à un médecin dans chaque service déconcentré du ministère et par la création de circonscriptions divisées en secteurs de 6.000 à 9.000 habitants confiés à une assistante sociale.

La PMI se tourne davantage vers la prévention, et la lutte contre la mortalité périnatale passe au premier plan. Elle investit à partir de 1967 le champ de la planification et de l'éducation familiale. La PMI se développe sur le territoire grâce notamment au système de financement croisé, l'État remboursant aux départements une partie des dépenses d'aide sociale qu'ils engagent. Le premier plan 1970 -1975 relatif à la périnatalité, avec une approche exemplaire et pionnière de santé publique, rationalise l'organisation du suivi des grossesses et des naissances. Couronnant ces progrès, la circulaire du 16 mars 1983 oriente la PMI vers la "promotion de la santé individuelle et collective prise globalement" et insiste sur la lutte contre les inégalités et les "handicaps et les inadaptations de tous ordres" : la démarche PMI est fondamentalement à la fois médicale et sociale.

1.1.2 A partir de 1983, la décentralisation est mise en place progressivement et dans une démarche de santé publique.

La loi du 23 juillet 1983 fixant la répartition des compétences entre les communes, les départements et l'Etat notamment en matière d'aide et d'action sociale, transfère au département la charge de la protection sanitaire de la famille de l'enfance, à l'exception de l'IVG et du contrôle des établissements d'hospitalisation recevant des femmes enceintes. Mais il faut attendre la loi du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale au transfert de compétences en matière d'aide sociale et de santé pour que les départements se voient préciser leurs missions auxquelles s'ajoute explicitement - signe de l'apparition de nouvelles problématiques jusqu'ici traitées pour la PMI dans de simples circulaires - la participation aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités.

Le décret du 6 août 1992 précise l'organisation du service départemental ainsi que les qualifications professionnelles de ses personnels. Il définit des normes minimales opposables aux départements destinées à couvrir au moins les besoins des populations en difficulté, évalués alors à 10 % environ de la population totale et à éviter d'importantes disparités départementales. Avec la loi du 27 juin 2005, on assiste à un renforcement des missions de la PMI sur la formation et le suivi des assistantes maternelles. Contrairement à la décentralisation de l'action sociale achevée dans les textes dès 1986, celle de la santé de la famille a nécessité près de 10 ans.

1.1.3 Les missions actuelles sont définies précisément par la loi et le règlement

La loi décrit d'emblée la promotion de la santé maternelle et infantile comme une mission partagée entre l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale. Il y a bien décentralisation mais au sein d'une politique d'ensemble.

L'article L 2112-2 du code de la santé publique (CSP) impartit au service départemental de PMI une liste d'activités qui correspondent à des missions plus générales de protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile, et qui figurent en annexe 8. Ces activités concernent cinq publics prioritaires : les publics masculins et féminins, en général adolescents ou jeunes, pour l'éducation sexuelle et de la planification des naissances, les femmes enceintes ou en postnatal, les enfants de moins de 6 ans et leurs familles, les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE), les assistants maternels et les professionnels des modes de garde.

La loi fait mention de femmes et enfants "requérant une attention particulière" et le règlement de "populations vulnérables et de quartiers défavorisés".

Les textes fixent des normes strictes qui encadrent l'activité de la PMI.

1.2 Des activités et des moyens significatifs

1.2.1 Une activité mal appréhendée au plan national et au plan local

Donner une image nationale d'une activité décentralisée et qui s'inscrit dans la proximité n'est pas chose aisée. La loi a inclus expressément le recueil et le traitement d'informations dans les missions du service départemental (L.2112-2 du CSP) et le règlement (R 2112-8 du CSP) prévoit que « *les états statistiques concernant d'une part les activités du*

*service départemental*² et d'autre part la situation sanitaire au titre de la protection maternelle et infantile » sont transmis chaque année au préfet par le président du conseil général. Le ministère chargé de la santé (DREES) doit traiter ces informations et les renvoyer au département.

Le règlement prévoit également que le service de PMI s'attache chaque année « à présenter et analyser d'autres indicateurs sanitaires, sociaux et démographiques utiles à la détermination des besoins de la population et des actions à entreprendre ». Par ailleurs, le service de PMI doit, depuis 2005³ transmettre, à partir des certificats de santé qu'il collecte sur tout son territoire, non seulement des données agrégées mais des données personnelles.

Théoriquement, tant les services de PMI que la DREES ont en leurs mains des outils permettant de connaître l'activité de la PMI et les indicateurs de santé dans les départements. En fait, les études épidémiologiques locales sont rares et réalisées ponctuellement⁴, en raison notamment des effectifs pouvant être affectés à ces tâches dans les petits et moyens départements. Dans les départements visités par la mission, les éléments obligatoires figurant sur le questionnaire national DREES sont bien suivis. Mais font défaut, sur le plan national, les informations sur le public de la PMI dont on ne connaît que le nombre, mais ni l'âge ni les caractéristiques sociales, ni les motifs de recours à ce service. Il est également impossible de connaître exactement les actions collectives menées.

Les recueils obligatoires sur l'activité sont les mieux assurés : en 2004, 87 départements ont transmis les informations réglementaires. La DREES doit ensuite valider et faire des estimations. Elle ne traite pas ces données systématiquement sauf celles qui portent sur les modes de garde. Le dernier numéro de la publication "*documents statistiques*" de la DREES qui traite de l'activité de la PMI a été publié en 1998 sur les années 1994/1995⁵. Mais, dans le cadre du présent rapport, la DREES a effectué sur les années 2003 et 2004 des validations et des estimations qui figurent en annexe 5 et donnent une image relativement fiable de l'activité de PMI par rapport à l'année 1995. Les données concernant la protection maternelle et la planification sont cependant fragilisées par le fait qu'une partie des consultations est mixte et concerne ces deux activités, ce qui génère des doubles comptes.

Il existe par ailleurs un annuaire des données sociales et de santé des conseils généraux de l'association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des conseils généraux (ANDASS). Les données d'activité, publiées en juin 2005 sont fiables et recoupent largement celles de la DREES. Mais, selon les responsables de l'annuaire eux-mêmes, les éléments fournis concernant le personnel et les dépenses de PMI par habitant de moins de 4 ans⁶ ne sont pas utilisables.⁷

² Cf questionnaire annuel sur le service départemental de PMI prévu par le décret du 14 août 1985 et l'arrêté du 18 décembre 1998

³ Article 24-11 de la loi du 9 août 2004

⁴ Voir les exemples dans les rapports de site en annexe

⁵ La dernière publication de la DREES sur les certificats de santé de l'enfant concerne l'année 1998 (" document de travail, collection statistique n° 17- décembre 2000)

⁶ Ces chiffres vont de 3€ à 331€ suivant les départements

⁷ En raison de confusions sur les personnels affectés à ce service, qu'il est difficile d'identifier clairement et de l'absence d'exhaustivité des données budgétaires départementales qui comportent essentiellement les dépenses liées aux activités conventionnées

1.2.2 Un éventail d'activités dont l'impact quantitatif est relativement important

1.2.2.1 Les prestations offertes

Sur la base des chiffres fournis par la DREES, la mission estime que globalement la PMI suit environ 18% des femmes enceintes et près de 20% des enfants de moins de 6 ans, avec un pourcentage beaucoup plus élevé pour les nouveau-nés et les moins d'un an (50 à 60%). Le public de la PMI est majoritairement, comme la mission a pu le constater au cours de ses déplacements sur le terrain, une population marquée par la précarité et la vulnérabilité psycho-sociale.

1.2.2.2 Les activités de planification et d'éducation familiale

Les centres de planification ou d'éducation familiale exercent les activités décrites à l'article R 2317-7 du CSP et qui sont reprises en annexe 8 : il s'agit essentiellement d'activité d'information, de consultation et d'actions collectives en matière de contraception et de sexualité, notamment dans les établissements scolaires. L'article R. 2311-14 du CSP prévoit également que les CEPF, pour effectuer le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles, doivent être agréés à cet effet. Les départements prennent généralement en charge financièrement les moyens de contraception et les examens de laboratoire pour les mineurs et pour les non assurés sociaux.

	2003	2004
Lieux	808	848
Séances	75 486	90 478
Personnes vues en consultation de planification	468 889	420 872
Examens	416397	535582

Source : DREES

Le taux de non-réponse à la DREES est de 20%. Le volume d'activité réelle de la PMI est donc ici sous évalué. Par ailleurs, la fiabilité de ce tableau est obérée par le fait qu'il existe des consultations mixtes planification / prénatales qui sont comptabilisées dans l'une ou l'autre activité⁸.

Les lieux recouvrent les points de consultation de la PMI, qu'ils soient confiés par délégation à des structures hospitalières ou à des associations. Les séances correspondent à des demi-journées de consultation et les examens au nombre de consultations. Le nombre d'examens par séance est de 5,9 avec une durée de consultation de 35 minutes. On peut estimer qu'environ 450 000 personnes (jeunes pour l'essentiel et dans certains sites en majorité mineurs) fréquentent les consultations de planification de la PMI pour des motifs divers (contraception, contraception d'urgence, entretiens pré et post IVG, conseil conjugal). En ce qui concerne les actions d'information et d'éducation sexuelle à l'école, en l'absence de données sur les actions collectives, il est nécessaire de renvoyer aux rapports de site rédigés par la mission. Ce sont essentiellement les élèves de 4^{ème} et de 3^{ème} de l'enseignement public, qui en sont bénéficiaires et ce, lorsque le chef d'établissement sollicite la PMI ou les associations qui interviennent sur délégation⁹.

⁸ On peut estimer à environ 20% les doubles comptes. La DREES indique pour 2004 155 511 consultations dans le comptage groupé versus 130 475 en comptage séparé (139 997 prénatales, 90 478 consultations -planifications

⁹ La circulaire de 1996 du ministère de l'éducation nationale prévoyait deux heures obligatoires d'éducation à la sexualité dans les classes de 4^{ème} et de 3^{ème}; les lois du 7 juillet et 11 août 2001 ont élargi cette mission en prévoyant qu'une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées en raison d'au moins trois séances par an et par groupe d'âge homogène.

En complément de ce dispositif, existent plus de 350 établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF)¹⁰. Ils exercent également des missions d'information mais n'assurent pas de consultations. Ils sont placés sous la tutelle l'Etat et leurs financements¹¹ sont régis par des conventions quinquennales entre les DDASS et les établissements.

1.2.2.3 La promotion de la santé maternelle

	1985	1989	1991	1995	2003 ¹²	2004
Lieux de consultation prénatale ¹³	393	436	429	496	466	458
Séances de consultations prénatales		44 200	40 935	48 400	40 843	39 997
Femmes vues en consultation			79 614	99 700	88 630	83 932
Examens	456000	374000	316 000	369100	317024	223932
VAD SF	172600	223600	242800	264200	238072	274825
Nb femmes suivies en VAD	51 000	58 100	64 500	91 700	80 988	97 403
Femmes vues pour 1000 naissances	67	75	85	125		

Source : DREES .Taux de non réponse estimé à 20%

La mission évalue à au moins 140 000¹⁴ le nombre de femmes suivies par la PMI soit 18 % des femmes enceintes. Chaque femme bénéficie en 2004 d'un nombre moyen de 2,6 consultations et de 2,8 visites à domicile (VAD). La durée moyenne de la consultation a été de 38 minutes. Les VAD sont essentiellement réalisés par les sages-femmes.

Depuis la décentralisation en 1989/1991, on note une réduction du nombre de femmes suivies en consultation et une augmentation forte des femmes suivies à domicile ; le nombre de femmes vues en VAD a maintenant dépassé celui des femmes suivies en consultation. On peut se demander s'il s'agit d'une tendance à un ciblage des activités pour toucher les femmes les plus en difficulté.

1.2.2.4 La promotion de la santé des enfants

	1985	1989	1991	1995	2003	2004
Lieux de consultation infantile	6527	5724	5490	5329	4890	4615
Séances		258000	258100	251500	233287	223 847
Consultants			886705	885100	835420	746 872
Examens	2741000	2914000	2707000	2707200	2308702	2 152 735
VAD puéricultrices et infirmières			1000071	1075433	700189	737 916
Nb enfants vus à domicile			409 139	520 176	439 009	455 760

En dehors des actions collectives, qui ne sont pas renseignées, et dont on ne connaît ni les évolutions ni les thématiques principales au plan national, les données rassemblées dans le tableau ci-dessus montrent l'important maillage du territoire réalisé par la PMI : près de 5000 postes de consultations auxquels il faut ajouter des consultations itinérantes lorsque la PMI

¹⁰ Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (CSIS), rapport du groupe de travail portant sur « l'évolution du rôle, des lieux et des organismes d'information et d'éducation à la sexualité », septembre 2004

¹¹ Placés dans la même enveloppe que les crédits des actions de soutien à la parentalité financées par l'Etat

¹² La DREES estime les chiffres de cette année sous évalués en raison de non-réponses supplémentaires

¹³ On inclut dans le prénatal, l'éventuelle consultation ou visite postnatale. Il existe des consultations mixtes d'examens prénatals et de planification. Le taux de recouvrement peut être évalué à 20 %.

¹⁴ Pour éviter les doubles comptes, on additionne les femmes vues en consultation et 2/3 des femmes en VAD.

dispose de camions mobiles. La majorité des bénéficiaires est composée de consultants qui se déplacent auprès des centres. Cela représente environ 750 000 enfants auxquels on pourrait ajouter 2/3 des enfants vus à domicile (d'après l'estimation d'un service enquêté) qui n'ont pas consulté dans les centres, soit une population d'enfants de plus de 1 million par an, soit plus de 20 % de la population cible des moins de 6 ans. Compte tenu du fait que, d'après les enquêtes sur place, la majorité des enfants semble avoir moins d'un an, ce serait une proportion d'au moins 50% des enfants qui seraient vus lors de la première année par la PMI.¹⁵

On constate une certaine décroissance de l'activité. Seuls le nombre d'enfants vus en VAD et le nombre de lieux de consultation ne déclinent pas.

Le cas particulier des bilans en école maternelle

	2003	2004
Nombre de bilans en école maternelle	444 536	471 128

Cette activité, bien mesurée dans les départements, l'est beaucoup moins bien au niveau national car elle ne figure pas dans le questionnaire de la DREES sur la PMI. Les données disponibles sont issues du questionnaire DREES sur la santé de la mère et de l'enfant. Les bilans de santé seraient ainsi réalisés sur environ 60 % de la classe d'âge. L'école maternelle permet à la PMI de toucher des enfants qu'elle n'a pas nécessairement vus en consultation ou en VAD.

1.2.2.5 Les activités en lien avec les modes de garde individuels

➤ Assistants maternels non permanents, employés par les particuliers

	1991	1995	2003	2004
Places ¹⁶	DND	DND	645 074	660 177
Agréments en cours de validité	130 614	263 148	354 632	367 632
Nouveaux agréments d'assistants maternels	DND	DND	35 496	35 590
Renouvellements d'agréments d'assistants maternels	DND	DND	36 577	42 979

Source : DRESS .DND : données non disponibles

On dispose, pour les agréments en cours, d'une série depuis 1991. Elle montre la progression considérable des assistants maternels agréés entre 1991 et 2004, soit un quasi triplement : 281 %. Le volume d'activité que représentent les nouveaux agréments est de 36 000 en 2004, ce qui suppose à chaque fois au moins une visite sur place au domicile de l'assistant maternel.

¹⁵ Certains rapports de site font apparaître des chiffres bien supérieurs.

¹⁶ ces chiffres se rapportent au nombre de salariés en activité et non aux agréments PMI.

1.2.3 Une estimation des moyens et du coût de la PMI

1.2.3.1 Le personnel

Catégorie professionnelle	1995	2003	2004
Nombre de médecins titulaires	521	1779	1910
Nombre de médecins vacataires	3317	1500	1500 ¹⁷
Nombre de sages-femmes	554	699	712
Nombre de puéricultrices	3151	3670	3736
Nombre d'infirmières	938	1 129	1122

Source DREES

L'évolution est marquée par une augmentation du personnel et un mouvement de titularisation des vacataires médecins (le nombre est passé de 521 titulaires en 1995 à 1910 en 2004). Les ressources en sages femmes, en puéricultrices et en infirmières sont passées de 4694 à 5570, soit une augmentation de 18 % en 10 ans.

Aujourd'hui, les services de PMI regroupent un personnel médical et paramédical de 7480 ETP et 1500 médecins vacataires. Les puéricultrices représentent la moitié du personnel (3736), viennent ensuite les médecins (1910 médecins titulaires en ETP, 1500 médecins vacataires en effectifs), puis les infirmières (1122) et les sages femmes (712). Il convient d'ajouter à ces personnels les autres personnels techniques : conseillères conjugales, psychologues, éducateurs de jeunes enfants, assistantes sociales, auxiliaires de puériculture environ soit 1120 salariés (ratio estimé sur la base de l'enquête nationale sur les personnels de PMI réalisée par la PMI de la Gironde en 2000), et les personnels administratifs dédiés (estimés par la mission à 375 environ).

Au total, selon les évaluations de la mission, le personnel de la PMI représente près de 9000 personnes.

1.2.3.2 La dépense nationale de PMI

La mission s'est efforcée de procéder à une estimation du coût total de la PMI. Les éléments de cette étude et le mode de calcul sont détaillés en annexe 6. **Le coût de la PMI, qui recouvre essentiellement des dépenses de personnel départemental, se situerait autour de 700 Millions €**

Cela représente une dépense publique modeste au regard de la population concernée et des enjeux de santé publique qui s'y attachent un pourcentage d'environ **1,8% des budgets départementaux et un budget de 13 € par habitant, à comparer avec 160 € de dépenses de prévention et 3000€ de dépenses de soin par habitant (source DREES).**

Le budget peut aussi être comparé à celui de la santé scolaire : 332 millions € (LOLF Programme vie de l'élève).

¹⁷ 6% de non-réponse. Il ne s'agit pas d'équivalent temps plein mais d'effectifs

1.3 Une valeur ajoutée particulière

La PMI est un des acteurs qui contribue à améliorer les indicateurs de santé. En France, les indicateurs globaux de santé des mères et des enfants, notamment les taux de mortalité se sont améliorés au fil du temps mais ce n'est pas le cas pour la prématurité et l'hypotrophie où des progrès importants restent à accomplir¹⁸. Notre pays se situe dans une place moyenne par rapport aux Etats de l'Union européenne (hors nouveaux Etats membres) : il occupe la sixième place pour la mortalité infantile (3,9 pour mille en 2004), la huitième pour la mortalité périnatale, la sixième pour la prévalence de la prématurité et la douzième pour celle de l'hypotrophie. La mortalité maternelle reste un point faible pour la France : 9 décès et pour 100 000 naissances vivantes, loin derrière le Royaume-Uni (7), l'Allemagne (5,6), la Suède (4,4) et l'Espagne (3,5) - voir annexe 11 sur l'évolution des indicateurs de santé.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique vise à réduire en 5 ans la mortalité maternelle au niveau de la moyenne des pays de l'Union Européenne (c'est à dire passer du taux actuel de 9 à 5 pour 100.000) et à diminuer la mortalité périnatale de 15% (soit de 6,9 à 5,5 pour 1.000).

Il est plus difficile de caractériser de manière simple l'évolution de la santé des enfants : la poursuite de progrès significatifs dans les soins s'accompagne de la prise de conscience de l'importance des problèmes liés à l'environnement (asthme, saturnisme), de la persistance des problèmes bucco-dentaires et sensoriels (troubles de la vision et de l'audition) et plus récemment des troubles psychologiques et comportementaux (déficit d'attention, hyperactivité et troubles du langage) et de la question de l'obésité.

Dans le cas de la maternité et de l'enfance, l'importance des facteurs « pauvreté et précarité » ressort de toutes les études¹⁹. *"Le taux de prématurité des femmes ayant des ressources provenant d'aide publique ou aucune ressource est de 7,5 % au lieu de 5,7 % chez les femmes ayant des ressources provenant d'une activité professionnelle et la proportion d'enfants de poids inférieur à 2.500 grammes est respectivement de 8,1 et de 6,4 % dans les deux groupes"*²⁰. Dans le même sens, les enquêtes²¹ montrent que les enfants les plus défavorisés *"ont davantage de troubles mentaux et du sommeil ainsi que des troubles précoces d'apprentissage et du comportement"*. Dans les zones d'éducation prioritaires (ZEP) la prévalence des troubles du langage et des surcharges pondérales est nettement plus élevée par rapport aux autres zones (pour ces dernières : 17,3 % contre 13,3 %). Il en est de même pour les problèmes bucco-dentaires. Près de 42.000 enfants seraient atteints de saturnisme aujourd'hui.

Entre chômage, sous-emploi, précarité de l'emploi et précarité financière des travailleurs pauvres, de nombreuses études estiment à un quart au moins, voire à un tiers de la population : soient 15 à 20 millions de personnes - 7 millions de pauvres et 8 à 12 millions de précaires – qui, pour une raison pour une autre, ont de façon durable, des conditions de vie

¹⁸ Le recul de l'âge de la maternité (29,5 ans en 2006 contre 26,5 en 1977) intervient pour une part essentielle comme facteur d'explication de cette stagnation.

¹⁹ Un certain nombre de celles-ci ont été synthétisées dans la publication de la DREES, E.Cambois : "les personnes en situation sociale difficile et leur santé" 2003- 2004.

²⁰ Enquête périnatale 1998 - DREES

²¹ Dumesnil, Choquet, Tabone, Turz cités par la DREES

marquées du sceau de l'extrême difficulté.²² En retenant comme seuil de pauvreté monétaire le montant de 557 euros par mois²³ la France comptait en 1999 environ 3,7 millions de personnes pauvres (taux de pauvreté de 6,5 %) dont un million d'enfants de moins de 18 ans. Le taux de pauvreté des enfants (7,8 %) était ainsi plus élevé que celui des adultes. A ce jour, le nombre d'enfants pauvres est estimé à 2 millions.

La PMI s'adresse à toute la population, mais la loi insiste sur " les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans requérant une attention particulière" et le décret codifié (R.2112-1 du CSP) sur les notions de "populations vulnérables", de " quartiers défavorisés" qui doivent prioritairement déterminer la répartition géographique des consultations et actions de la PMI. De fait, pour certaines fonctions et certains groupes de population, la PMI constitue le service le plus approprié voire le seul, alors même que les autres dispositifs se sont considérablement développés et ouverts depuis 1945 : médecine libérale, consultations et urgences hospitalières, consultations PASS (permanences d'accès aux soins), centres médico-psychiatrique, accessibilité par la CMU.

Globalement, la plus-value de la PMI réside dans son accessibilité géographique, financière et culturelle et sa démarche de prise en charge globale à la charnière du sanitaire et du social, de l'individuel et du collectif, du préventif et de l'éducatif, assortie d'un fort accompagnement social.

1.3.1 Les activités de planification ou d'éducation familiale

Même si l'information sur la sexualité et la contraception, et la prescription de la contraception, peuvent être assurées par d'autres professionnels et structures que la PMI, cette dernière présente l'avantage de regrouper en un même lieu des personnels sociaux et sanitaires et de réaliser à la fois des interventions individuelles et collectives. Son insertion dans une politique de prévention globale qui concerne toute la chaîne de la vie familiale, constitue un atout important, surtout lorsque les services du département ont su décliner les axes de réflexion ou de programmation existant au plan national²⁴ ou régional. La valeur ajoutée de la PMI sur ce champ est liée à plusieurs des spécificités de son intervention :

1.3.1.1 Le ciblage des consultations en direction de catégories de bénéficiaires qui en ont le plus besoin

L'activité de consultation permet une prise en charge et un suivi plus complets pour certaines catégories de bénéficiaires, notamment les mineurs et les non assurées sociales. Les consultations, gratuites pour les mineures, comme la délivrance de la contraception, les actions de communication (diffusion de plaquettes d'information, dépliants, inscription des adresses des lieux d'information sur le site du conseil général), sont les axes majeurs qui ont

²² Jacques Rigaudiat. « A propos d'un fait social majeur : la montée des précarités et des insécurités sociales et économiques ». Droit social n°3. Mars 2005. Travaux menés pour la conférence de la famille 2005, rapports du CERC

²³ Demi-médiane du revenu disponible par unité de consommation des ménages mesuré dans les enquêtes Revenus fiscaux portant sur l'année 1999

²⁴ Rapport de la HAS, « *Recommandations de bonnes pratiques en matière de contraception* », 2004, loi du 4 août 2004 relative à la santé publique, plans régionaux de santé publique, schémas régionaux d'organisation sanitaire

été définis en direction des jeunes²⁵. La création des maisons des adolescents dans un nombre croissant de départements pourrait constituer une nouvelle problématique susceptible de compléter l'activité de planification en direction des jeunes par la PMI.

Il faut ajouter que les femmes en situation de vulnérabilité sociale et certaines femmes issues de l'immigration utilisent la possibilité offerte par les consultations de PMI, car elles s'orientent moins facilement vers la médecine libérale et la gratuité constitue un avantage certain²⁶. En outre, et pour l'avenir, la PMI risque de devenir, avec la raréfaction des consultations de secteur 1, un recours pour l'accès à la contraception pour certaines classes moyennes.

Les différents modes de gestion des CEPF, (gestion directe, gestion déléguée à une association, une mutuelle, un centre hospitalier) s'expliquent souvent par l'histoire et l'implication plus ou moins importante des élus en charge de cette politique. La stratégie d'implantation des centres dans des lieux banalisés, essentiellement fréquentés par des jeunes, renforce l'efficacité du dispositif.

1.3.1.2 La délivrance de la contraception d'urgence

La délivrance de la contraception d'urgence est possible dans les CEPF²⁷. Autorisée par la loi du 13 décembre 2000, elle peut être délivrée par l'infirmière scolaire ou en pharmacie, gratuitement et de manière anonyme pour les mineures. Les CEPF tentent de manière inégale de renforcer les liens avec la santé scolaire, maillon indispensable pour l'application des dispositions de la loi, et de pallier les difficultés soulevées par la délivrance anonyme et gratuite de la contraception d'urgence²⁸. La rapidité de l'intervention des professionnels est essentielle : dans certains centres de PMI, la délivrance de la contraception d'urgence est réalisée par l'ensemble de l'équipe, et pas seulement, comme le prévoient les textes, par le médecin responsable du centre. Ce peut être par une sage-femme ou un membre de l'équipe, sous l'égide d'un protocole et d'une formation adaptée²⁹.

1.3.1.3 La PMI est souvent prépondérante pour les actions collectives relatives à la planification et à l'information sexuelle

- dans les établissements scolaires

L'activité générale d'éducation à la sexualité, en particulier dans les établissements scolaires, permet d'assurer des actions de prévention et d'information sur des problématiques de plus en plus difficiles à évoquer et traiter comme les violences, le machisme, la pornographie.

²⁵ Le ministère de la santé a réalisé un recensement des centres de planification et de leurs antennes pour mettre leurs coordonnées à la disposition des populations et des professionnels, et les a rendus accessibles sur le site du ministère.

²⁶ La mission a pris connaissance à Paris des analyses menées sur la clientèle des deux CEPF des XVII^e et XVIII^e arrondissements dans lesquels une enquête de clientèle a montré que 2/3 des usagers avait moins de 25 ans et que les femmes issues de l'immigration, les femmes en grande vulnérabilité sociale, familiale et scolaire, étaient majoritaires.

²⁷ Pour l'instant, les CEPF ne sont pas autorisés à participer à la procédure permettant l'IVG médicamenteuse

²⁸ Le rapport de 2003 rédigé pour le Parlement par le ministère de la santé ainsi que les éléments fournis dans les départements à la mission lors de son enquête a montré que certaines difficultés persistaient, comme les réticences de certaines pharmacies à délivrer de manière anonyme et gratuite la contraception d'urgence aux mineures, en dépit du travail de sensibilisation mené par l'ordre des pharmaciens, présence effective des infirmières scolaires dans les établissements qui en sont dépourvus, difficulté à préserver la confidentialité.

²⁹ Cette situation rend d'autant plus nécessaires l'adaptation des textes à la pratique et la mise en œuvre d'un travail mené au niveau national sur les pratiques professionnelles.

Conçues initialement comme une partie des cours de biologie et d'économie familiale et sociale après l'adoption de la loi Neuwirth en 1967³⁰, les actions d'information et d'éducation sexuelle se sont progressivement orientées vers des thématiques insérées dans le cadre de l'éducation à la vie³¹. La mission de l'IGAS a relevé sur le terrain une implication forte des services de PMI, que les actions soient assurées directement (un médecin et une conseillère conjugale ou une sage femmes), soit par l'intermédiaire d'associations ou de mutuelles³².

Le partenariat entre l'Education nationale et les autres structures est essentiel, et la PMI n'est qu'un des acteurs susceptibles de mener ces actions. En réalité, compte tenu de leur implantation territoriale, de la nature des actions menées, de leur rôle de proximité, les CEPF sont souvent en première ligne, avec un partenariat qu'il conviendrait d'élargir et de démultiplier, là aussi, avec les maisons des adolescents lorsqu'elles existent.

- en direction de certaines familles

Une autre cible populationnelle est rarement citée comme un axe stratégique, mais fait l'objet, de manière inégale selon les départements, d'actions collectives menées par la PMI. La PMI est la seule politique publique à mener des actions de planification familiale et d'information en direction des populations d'origine étrangère ; elle s'appuie souvent sur des collaborations avec des associations dans le cadre d'actions collectives, respectueuses mais volontaristes pour développer l'information en direction des jeunes et des familles issues de l'immigration (droits des femmes, planification familiale, lutte contre les violences, lutte contre les mutilations sexuelles ou les mariages forcés).

Ces actions sont menées soit dans les CEPF eux-mêmes, soit dans le cadre de l'action sociale des départements, dans les maisons de la solidarité du département, mais aussi dans les centres d'hébergement, ou à l'occasion de cours d'alphabétisation etc... L'atout constitué par l'implantation des CEPF dans certains quartiers, à condition que leurs heures d'ouverture soient adaptées, leur connaissance du terrain et leur proximité en font un des acteurs privilégiés de ce type de politique, sociale et de santé publique.

Dans l'ensemble, ces actions ne semblent pas relever de cadres préétablis, mais apparaissent généralement laissés à l'initiative des CEPF, des professionnels de terrain ou des associations. En effet, très souvent, il n'existe pas d'état des lieux quantitatif ou qualitatif des actions et les interventions sont souvent ponctuelles, avec des thématiques ou des méthodologies d'intervention qui mériteraient d'être évaluées et unifiées pour en renforcer l'efficacité.

³⁰ Circulaire du 23 juillet 1973

³¹ Rendues obligatoires par la circulaire du 15 avril 1996, elles ont été précisées par la circulaire du 19 novembre 1998 et réaffirmées au niveau législatif par la loi du 7 juillet 2001. Un article a été introduit dans le code de l'éducation et prévoit « une information et une éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées à raison de trois séances annuelles et par groupes d'âge homogènes ».

³² La mission a particulièrement relevé la nouvelle convention qui vient d'être signée entre le département de Paris et le centre de santé de la MGEN pour créer un CEPF délégué. En effet, afin de vaincre la réticence ou le manque d'intérêt des chefs d'établissements, scolaires tirant parti de sa connaissance et de sa proximité du milieu enseignant, une action systématique (lettres et appels téléphoniques) a été engagée par la conseillère conjugale avec l'appui du directeur du centre en direction des établissements scolaires de la rive gauche de Paris, avec un retour positif très important.

1.3.2 L'activité de protection maternelle

Dans ce domaine qui est celui des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes, de nombreux acteurs sont présents : les médecins généralistes et spécialistes, les sages-femmes et les maternités. L'activité de protection maternelle de la PMI doit donc s'apprécier en termes de complémentarité et de partenariat. De fait, comme le montrent les rapports de site et les données nationales mentionnées supra, l'implication de la PMI dans ce secteur est bien moindre que dans celui de la protection infantile, de nombreux départements ayant renoncé à toute consultation prénatale, même par conventionnement.

1.3.2.1 Une plus-value par les bénéficiaires

Les enquêtes sur le terrain de la mission ont permis de cerner les caractéristiques des bénéficiaires pour laquelle la PMI est particulièrement précieuse. Quel que soit le département, ce sont essentiellement des mineures, des migrantes, dont certaines sans papiers, des femmes sans profession, à faible revenu des femmes géographiquement isolées sans moyens de transport, familles nouvellement arrivées d'une autre région dans un département comme l'Hérault et qui n'y connaissent personne ou encore des femmes handicapées sur le plan mental ou psychique (dont tous les interlocuteurs de terrain s'accordent pour souligner l'augmentation). Ces personnes recourent à la PMI d'abord grâce à l'implantation des centres qui crée un maillage du territoire (458 sur le territoire) et une présence dans les quartiers sensibles - où parfois aucune présence médicale n'existe en dehors de la PMI - et là où des maternités de proximité ont été fermées et où les sages-femmes libérales ne sont guère présentes, comme dans le sud, rural, de l'Hérault, ou à Corbeil dans l'Essonne. Les déclarations de grossesse, systématiquement traitées par la PMI, leur permettent, en outre, de proposer des "mises à disposition " notamment auprès de familles repérées sur la base de risques sociaux (âge, profession, adresse, nombre d'enfants). Par exemple dans le département du Calvados, les sages-femmes, à partir de l'examen attentif de toutes les déclarations de grossesse transmises par la caisse d'allocations familiales (CAF), portent une attention toute particulière à certaines situations, comme la grossesse déclarée tardivement et/ou peu ou pas suivie, l'âge de la future mère inférieur à 18 ans, les primipares âgées, les grossesses rapprochées et les femmes isolées.

Ont été également mis en place, dans les endroits visités par la mission, des liaisons avec les maternités, dans le cadre de réseaux, formels ou non, qui permettent un suivi des femmes qui, ayant été hospitalisées à un moment de la grossesse, présentent un menace d'accouchement prématuré ou un risque identifié dans le domaine du lien mère/ enfant (risque de dépression, comportements addictifs...). La PMI possède ainsi la capacité irremplaçable de repérer, d'accueillir et de suivre (gratuité et légèreté des exigences administratives) les populations en situation précaire ou irrégulière (femmes en hébergement familial ou en hôtel..) et les personnes à risque médico-social (grossesses précoces, vulnérabilité psychologique). Cette réalité d'une clientèle à vulnérabilité médicale et psychosociale n'induit pas de stigmatisation car une certaine mixité sociale peut persister dans les salles d'attente qui sont ouvertes à l'ensemble de la population.

1.3.2.2 Une plus value par l'approche globale

Outre la proximité géographique, une certaine accessibilité administrative (légèreté des formalités et des demandes de justificatifs), une disponibilité (accueil sans rendez-vous), un travail d'équipe, (des migrantes traductrices, des personnels paramédicaux et sociaux et

pas seulement des médecins), une animation parfois des salles d'attente rendent la fréquentation de la PMI sécurisante et utile. L'intérêt de la PMI provient ainsi de :

- la durée des consultations. Dans l'Hérault, par exemple, les consultations durent en moyenne 45 minutes, sans compter le temps de liaison avec les maternités ou les professionnels de la psychiatrie par exemple. Ce temps, inenvisageable dans le cadre de la médecine libérale, permet à la personne qui consulte d'exprimer ses sentiments, ses craintes, ses désirs et donne au professionnel le temps d'interroger et de conseiller.
- des actions collectives. Ces activités, souvent menées en partenariat³³, semblent cependant moins importantes dans ce secteur que dans les activités de planification et même que dans le secteur des activités infantiles : il s'agit de préparation à la naissance (de mieux assurée par les sages-femmes de ville d'autant plus que la cotation de ces actes est maintenant favorable), préparation à l'allaitement, et de plus en plus groupes de paroles autour de la parentalité. Dans le monde rural, ces actions permettent de recréer un lien social pour ces femmes ou couples parfois géographiquement ou socialement isolés, lien plus difficile à maintenir qu'en ville.
- le grand apport de la PMI est le suivi à domicile, orientation de plus en plus importante. Cette activité dépasse largement en volume celle de la consultation (cf supra). Le suivi consiste à rejoindre à domicile des femmes qui ne peuvent se déplacer (éloignement) ou qui n'en prendraient pas l'initiative (handicap psychique ou mental) ou le craindraient (situation irrégulière avec hébergement dans d'autres familles, dans des "squatt" ou dans des hôtels) et encore celles qui ont été signalées notamment par les maternités pour des raisons médicales (monitoring pour les risques d'accouchement prématuré) mais aussi et plus souvent pour des raisons psycho sociales.
- un point fort de l'activité de la PMI est la pratique quotidienne des liaisons avec les médecins de ville, les maternités et les services sociaux. Il faut faire une mention spéciale de ses difficultés avec les secteurs de psychiatrie : elle fait appel à eux de manière croissante, mais si la prise en charge de l'urgence est généralement rapide, les rendez-vous pour le suivi s'étalent de un à plusieurs mois dans les centres médico-psychologiques (CMP).

1.3.3 L'activité de protection infantile

1.3.3.1 La valeur ajoutée au niveau de la population générale

Alors qu'en matière de protection maternelle, la plus-value de la PMI est, pour partie ancrée sur l'orientation de ses services vers les femmes en situation de vulnérabilité médico-sociale, dans le domaine de la protection infantile, la plus-value de la PMI qui couvre ici une population plus large (un million d'enfants par an au titre des consultations et des visites) se situe avant tout dans son approche globale et en direction de tous les publics. La PMI n'a pas le monopole du suivi de la santé des enfants petits³⁴ mais les trois certificats de santé doivent lui être transmis par les médecins qui les établissent, ce qui lui donne en propre une place centrale d'observation et de vigie.

³³ CAF, mutualité sociale agricole, associations,

³⁴ En application de l'article L.2132-2 du CSP et du décret et n° 73 267 du 2 mars 1973, il existe vingt examens obligatoires avant l'âge de six ans dont neuf au cours de la première année, les examens du huitième jour, du neuvième mois et du 24ème mois donnant lieu à l'établissement d'un certificat de santé. Par ailleurs, il existe les vaccinations obligatoires et recommandées.

L'approche et "la méthode" PMI, telle qu'elles ont été présentées à propos de la protection maternelle, sont particulièrement adaptées à la spécificité du suivi de l'enfant qui est avant tout par nature une question de conseils, de dialogue et d'accompagnement. La valeur ajoutée de la PMI par rapport à des consultations en ville, outre la gratuité et la proximité (il existe en France 4600 points de consultation) consiste en :

- la présence de puéricultrices auxquelles il peut être accédé sans rendez-vous ni formalité administrative. La mixité et l'animation des salles d'attente (cf. les opérations d'initiation à la lecture rencontrées dans plusieurs départements) en font des lieux de socialisation et d'éducation. En revanche, il faut souligner que les délais de consultations avec les médecins de PMI sont - sauf pour les nouveau-nés pour lesquels il existe des plages réservées - d'un mois ou deux, presque dissuasifs : ils commencent à compromettre la performance des services ;
- la durée des consultations : dans le Calvados par exemple, elles durent en moyenne 40 minutes et en Essonne 25 minutes. Leur vocation est préventive. Si le droit de prescription n'est pas reconnu spécifiquement aux médecins de PMI, ces derniers ne s'interdisent pas, à titre exceptionnel mais en fonction de l'urgence de prescrire des médicaments lorsqu'ils savent que les familles n'iront pas s'adresser rapidement aux médecins ou à l'hôpital. Le travail de liaison avec la médecine de ville, les consultations hospitalières est important, même s'il prend moins de place que dans les consultations prénatales. S'avèrent de plus en plus nécessaires des contacts étroits avec les équipes de psychiatrie publique dont les délais de consultation sont partout déplorés.
- le suivi à domicile : parfois systématiquement proposé à la maternité, il est en réalité ciblé sur des critères de risques psychosociaux et médicaux sur la base des liaisons avec les maternités, des certificats du huitième jour, des indications du service social ou encore d'un signalement par un réseau³⁵. En Essonne, les critères sont précisément listés et font référence à des critères médico-sociaux qui peuvent être liés à la mère : mère isolée sans profession, absence du père, mère de moins de vingt ans, sans profession pour les deux parents, grossesse mal suivie, antécédents familiaux (fausses couches, enfants décédés). Ils peuvent aussi être liés à l'enfant : naissances multiples, naissance à domicile, poids inférieur à 1500 grammes, terme inférieur à 35 semaines, réanimation, transferts, pathologies et anomalies congénitales.

Ces VAD, réalisées principalement par des puéricultrices, permettent de délivrer des conseils et un soutien ancrés dans la vie quotidienne, particulièrement utiles pour des femmes peu socialisées, en difficulté psychologique, désespérées par la présence d'un enfant, ou particulièrement isolées tant dans des quartiers très peuplés que dans certains territoires ruraux comme ceux que la mission a vus dans le Calvados ou l'Hérault. Leur objectif est aussi de favoriser le lien mère/enfant et de prévenir la maltraitance. Autant, en prénatal, des substitutions à la PMI sont possibles grâce aux sages-femmes ou à l'hospitalisation à domicile, autant en infantile, le dispositif libéral ou hospitalier a plus de difficultés pour assurer le suivi à domicile. Même en cas de maladie, il est parfois difficile d'obtenir des visites à domicile de la part des pédiatres. Il faut, à cet égard, déplorer que les centres maternels, qui ne sont pas considérés comme des domiciles, ne bénéficient pas de VAD.

³⁵ En Essonne a été organisé en 2005 un réseau de suivi des enfants prématurés : service de néonatalogie, pédiatres pilotes libéraux et bientôt PMI.

- les actions collectives :

Elles ont des objets divers. Il peut s'agir d'actions d'éducation à la santé (nutrition, rythme de vie, prévention des accidents domestiques...), de groupes de paroles où les parents (y compris migrants), avec des systèmes de garde organisés pendant les réunions pour les enfants, peuvent échanger sur leurs expériences et leurs difficultés, mais aussi de la présence de la PMI dans des lieux qui facilitent la socialisation et développent les compétences des enfants (lieux d'accueil parents-enfants, classes passerelles, maisons de l'enfance etc...) avant l'école maternelle. Dans certains quartiers, la PMI contribue à l'organisation des lieux de vie (par exemple relais parents près de Montpellier pour accueillir des familles en urgence lorsque par exemple la mère seule est hospitalisée).

Elles permettent aussi d'intervenir sur les problèmes de parentalité et de violences. En effet, de nombreuses études et travaux³⁶ ont montré les difficultés que rencontrent de nombreux parents dans l'éducation de leurs enfants. Dans une large mesure elles semblent avoir pour origine les évolutions de la famille : rétrécissement de sa taille, monoparentalité, expérience de plus en plus limitée de fratries chez les parents, absence ou éloignement des grands-parents, absence de transmission de savoir-faire de génération en génération, handicap psychique ou mental d'un parent. De plus en plus se manifestent, pas seulement chez les femmes migrantes ou en situation de précarité, des troubles du lien, trop fusionnel ou trop relâché, et des problèmes de communication parents/enfants. Les professionnels rencontrés par la mission ont insisté sur les phénomènes de violence très lourds qui se font jour non seulement à l'intérieur des familles mais aussi entre jeunes et entre garçons et filles.

La fréquentation des centres de protection infantile est en général le fait de populations précaires ou à faibles revenus, mais ces situations sont contrastées. La part des enfants pris en charge par la PMI varie de 10% à 80% suivant les zones géographiques, et les caractéristiques socio-économiques des parents. Mais l'enquête menée à Paris sur la fréquentation des centres de protection infantile montre à la fois, une fréquentation accrue par les populations défavorisées et par les classes moyennes, attirées par l'approche globale de la PMI, et qui sollicitent beaucoup la PMI en conseils, suivi préventif et parfois en demande de soins curatifs ; dans ce cas, cette situation pourrait s'expliquer aussi par la part des médecins de secteur 2.

1.3.3.2 Le suivi sanitaire des enfants de l'aide sociale à l'enfance (ASE)

La PMI est compétente (article L. 2112-2 du CSP) pour la prévention des mauvais traitements de l'enfant. Les professionnels de PMI sont particulièrement formés à l'observation de la mise en place du lien mère/enfant pendant la grossesse et à divers « clignotants », indicateurs de risques tels que la déclaration de grossesses tardives, la séparation à la naissance, les mères de moins de 20 ans.... Les puéricultrices procèdent, à domicile, seules ou avec une assistante sociale, au repérage et à l'évaluation des risques de maltraitance, au signalement des situations de maltraitance et à l'intervention en urgence (article L. 2112-6 du CSP).

³⁶ D. Houzel, les enjeux de la parentalité Erès 1999 ; A. Bouregba, les troubles de la parentalité, Dunod ; Rapport de l'IGAS, « l'évaluation du dispositif des REAAP, mars 2004 ».

Par ailleurs, il est prévu que les missions de l'ASE sont menées en lien avec la PMI (articles 221-1 et 226-1 du CASF). Ce suivi concerne tous les enfants mineurs. Il peut prendre plusieurs formes, selon que l'enfant fait l'objet d'une mesure éducative mais reste dans sa famille, ou qu'il fait l'objet d'un placement dans une famille d'accueil ou dans un établissement. Les services sociaux sont amenés à se préoccuper de l'accès à la prévention, de l'accès aux soins, de l'éducation à la santé, avec un objectif global de contribuer à restaurer l'équilibre global du jeune, et de sa famille lorsque c'est possible.

Force est de constater qu'il n'existe pas, dans les départements visités, d'outil statistique permettant de connaître l'état sanitaire de ces enfants confiés à l'ASE, même si ce suivi fait parfois l'objet d'études, comme l'étude menée dans le département de Maine et Loire³⁷ ou les études menées à Paris³⁸, montrant que ces enfants cumulent les handicaps sociaux, familiaux et affectifs des familles : difficultés éducatives liées pour partie à un faible niveau de scolarisation, conflits conjugaux graves, pathologies mentales, alcoolisation ou toxicomanies. L'accès aux dispositifs de PMI est souvent mis en défaut, pour des raisons multiples, qui tiennent soit à l'organisation des services décentralisés, soit aux familles. Les familles peuvent avoir une stratégie d'évitement, surtout si les travailleurs sociaux sont associés aux consultations de PMI ou aux bilans à l'école. S'y ajoutent les effets du nomadisme, de la précarité dans l'emploi ou le logement, la crainte de contrôle social, de la marginalisation ou de l'incompréhension par rapport aux structures sociales ou médico-sociales).

Les consultations de PMI, quant à elles, privilégient les familles et il est rare qu'une place spécifique soit faite aux enfants confiés par l'ASE. L'accès aux consultations des familles d'accueil peut être limité par la pression des files d'attente dans les consultations de PMI. Certains départements ont dû mettre en place des structures complémentaires, à partir de maisons de la solidarité du département, ou au sein du service de l'ASE, pour créer des partenariats avec des structures spécialisées³⁹.

Les établissements accueillant les enfants confiés à l'ASE comme les pouponnières ou les foyers de l'enfance, ou les centres maternels avec des enfants pouvant éventuellement faire l'objet d'un placement, sont peu médicalisés, surtout depuis la décentralisation. La PMI intervient peu, et le palliatif requis est celui des médecins de ville. Or les médecins libéraux ne sont pas souvent formés à ces problématiques et disposent de temps de consultations moins extensifs que celui des consultations de PMI. Dans certains départements, la PMI s'est désengagée des centres maternels laissant les femmes, plus ou moins accompagnées par les travailleurs sociaux⁴⁰.

³⁷ « Rapport d'enquête sur l'étude épidémiologique réalisée auprès des enfants placés à l'aide sociale à l'enfance et de leurs parents dans le département du Maine et Loire – janvier 2006 ». Ce rapport est à cet égard un document de référence à diffuser.

³⁸ Louis de Brossia, rapport sur « l'amélioration de la prise en charge des mineurs protégés, rapport pour le ministre de la famille et de l'enfance », juillet 2005. Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale en Ile de France, « enfants et adolescents confiés à l'ASE et à la PJJ », colloque du 12 janvier 2006

³⁸ Département de Paris, « étude sur l'état général des enfants confiés au service de l'ASE de Paris, contribution à l'analyse des relations entre l'état général actuel des enfants, les évolutions intervenues et leur parcours antérieur dans le dispositif de protection de l'enfance, et état de santé physique et psychologique, vie relationnelle, comportements et conduites à risque, vie sociale et loisirs, scolarité », juillet 2003

³⁹ Consultations pour adolescents comme « espace santé jeunes » à l'hôpital de l'Hôtel Dieu de Paris

⁴⁰ « Troubles psychiques en centre maternel », mémoire de recherche de l'établissement public de santé Maison Blanche, 2006. Cette étude indique que la fréquence des troubles psychiques de la population accueillie est quatre fois plus élevée que dans la population générale

Là où la PMI intervient, elle agit de manière contrastée. Selon les départements et les situations individuelles de ces enfants, les modalités de suivi sanitaire sont variables. Lors du déclenchement d'une mesure de placement, une évaluation des besoins de santé de l'enfant ou de l'adolescent est inégalement effectuée par les départements, alors que les réticences ou difficultés des parents à s'exprimer sur la santé de l'enfant, la perte du carnet de santé, ou le cas des mineurs étrangers isolés rendent difficile le suivi sanitaire de ces jeunes. Ce suivi est organisé différemment suivant les sites, avec bilan systématique ou non à l'entrée dans le dispositif, suivi direct par les médecins de PMI ou par les médecins de ville où les médecins d'établissements.

L'important est qu'un suivi sanitaire de chaque enfant soit assuré, avec un dossier à jour et que les services ASE/PMI se coordonnent avec des systèmes d'informations communs et des réunions régulières. Ainsi, dans le Calvados, tous les enfants confiés à l'ASE bénéficient d'une visite médicale par le médecin de circonscription au moment du placement (ou dans les 3 mois suivant l'arrivée de l'enfant en famille d'accueil) et au moins une fois par an. En 2004, près de 1000 enfants ont été examinés dans ce cadre. Dans le département de l'Essonne, un suivi médical de prévention spécifique a été décidé en 2002, sur la base d'un protocole rédigé par la direction de la PMI pour les enfants nouvellement confiés à une assistante familiale depuis la mise en œuvre du programme (dans le centre de PMI pour les moins de 7 ans, bilan annuel pour les enfants de 7 à 10 ans, entretien confidentiel avec une infirmière de la PMI pour les plus de 10 ans). A Paris, la cellule santé de l'ASE tente de pallier le cloisonnement réel entre les services ASE et PMI en instaurant un suivi sanitaire de ces enfants et en développant des partenariats.

Lorsque le service de PMI travaille de conserve avec le service de l'ASE, un référent médical de la PMI voit les enfants pour une visite annuelle, et lors de l'examen annuel de la situation de chaque enfant confié par les professionnels de l'ASE, le référent vérifie en général l'existence du suivi. Pour les enfants placés en établissement, la PMI est peu présente. Le référent doit s'assurer qu'une prise en charge sanitaire est organisée au sein de ces établissements. Certains foyers départementaux soit disposent de temps médical propre (avec parfois une infirmière), soit passent des conventions avec un médecin. Les structures associatives fonctionnent souvent plutôt avec les médecins libéraux du quartier.

1.3.3.3 Le champ du handicap

Les textes et les pratiques inscrivent le handicap dans l'activité du service : attention portée dans les consultations et les VAD aux enfants atteints de déficiences (ils peuvent être connus du service par les certificats de santé), articulation naturelle avec les centres d'action médico sociale précoce (CAMSP), soutien à l'intégration des enfants dans toutes les structures collectives de la petite enfance, bilans de santé à l'école. Les quatre centres de néonatalogie de Paris ont ainsi constitué des plates formes avec la PMI et les CAMSP pour suivre ces nouveau-nés et leur famille. Lorsque les enfants handicapés viennent, comme dans le département du Calvados, en consultation de PMI, ils coexistent dans les salles d'attente avec les autres enfants, cette mixité contribuant à leur non-stigmatisation et à leur intégration permet d'apprendre à toutes les familles présentes en salle d'attente la tolérance à la différence. Lorsque la santé scolaire relève, comme à Paris, du département, la question de la scolarisation des enfants handicapés se gère en liaison avec la PMI, notamment pour la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005. Cependant, la mission n'a pas vu, à ce stade, comment les services de PMI étaient associés au travail des maisons du handicap créées par la loi de 2005.

1.3.3.4 Les bilans de santé à l'école maternelle

La loi ne prévoit explicitement que des « actions » dans les écoles maternelles (article L. 2112-2 et 5 du CSP) et d'enfants suivis à l'école maternelle (article. 2112-5), et pas des bilans. Il s'agit d'une mission que seule, dans le dispositif sanitaire, la PMI (et la santé scolaire lorsqu'elle est gérée par le département, comme à Paris) conduit, soit en direct avec ses personnels, soit en recrutant des vacataires ad hoc. La liaison est faite avec le service de santé scolaire qui prend le relais. En moyenne, ces examens ne sont réalisés qu'à 60% .

La question de la pratique systématique des bilans ou dépistages est objet de débat au sein des professionnels de la santé publique. D'après, notamment, les propositions de la HAS, les bilans ne sont considérés comme efficaces et utiles que s'ils sont orientés par des objectifs ou des signes d'appel clairs et s'ils portent sur des problèmes dont la prévalence est significative (ex. troubles de la vision, de l'audition, des troubles du langage)⁴¹. La HAS recommande une stratégie de dépistage systématique des troubles du langage et, face à la prévalence croissante de l'obésité, un dépistage est recommandé tous les ans. En revanche, les troubles de l'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) feront l'objet de dépistage mais sur signes d'appel. Le saturnisme doit être détecté mais sur la base d'une analyse des facteurs de risque.

Par ailleurs la pertinence de ces bilans est à mettre en relation avec la catégorie sociale et le suivi médical des bénéficiaires. Bien souvent les bénéficiaires sont ceux qui en ont le moins besoin et ils sont examinés plusieurs fois ailleurs, alors que pour les enfants qui sont peu et mal suivis par ils pourraient jouer leur rôle de prévention de manière plus importante, à la condition que les troubles dépistés soient ensuite suivis et que les services de PMI, qui n'ont pas explicitement cette mission dans leurs compétences, s'en assurent. Les chiffres concernant ce suivi sont variés entre 30 et 60 %, et sont dus surtout à leur proximité avec un nombre non négligeable de familles dont ils connaissent parfois l'histoire et le contexte de vie.

L'efficacité des bilans de santé à l'école maternelle dépend aussi des méthodes adoptées et de la formation du personnel qui les met en œuvre⁴².

La mission a pu constater la très grande efficacité de ces bilans lorsque les services de PMI se sont donnés les moyens d'effectuer des bilans de manière partenariale, en particulier avec l'Education nationale qui assure le bilan des 5-6ans, de développer un savoir faire et des méthodologies particulières ainsi que, de mettre en œuvre les conditions d'un suivi médical des troubles dépistés. C'est par exemple le cas dans deux des départements audités par la mission, l'Hérault et la Meurthe-et-Moselle⁴³.

⁴¹ HAS, « le dépistage individuel chez l'enfant de vingt huit jours à six ans », 2005

⁴² L'exemple du dépistage des troubles du langage montre l'importance de se doter des méthodes adaptées : "les médecins n'ont pas toujours la possibilité de recevoir la formation nécessaire, les outils utilisés ne sont pas toujours valides ou si frustrés qu'ils n'aboutissent qu'à une prescription d'orthophonie pas toujours bien adaptée aux troubles spécifiques de l'enfant. En revanche les enseignants sont de bons détecteurs des troubles du langage. L'enjeu est dès lors de faire collaborer enseignants, médecin", personnels des services de santé scolaire, réseau d'aide ou de soins". Rapport annuel de IGAS, « santé, pour une politique de prévention durable », 2003

⁴³ Ainsi en Meurthe et Moselle où fut mis au point le test du ERTL 4 du dépistage des troubles du langage désormais généralisé. les pourcentages de dépistages premiers par la PMI ont été en 2005 de 12,4% pour les troubles visuels, 3,7% pour les troubles auditifs, 16,6% pour les troubles du langage, de 10% pour les troubles psychomoteurs (dont 1,6% sont importants). En Hérault la PMI, après une période de dépistages systématiques à 100% a mis en place des niveaux de filtrage :

- un bilan sensoriel systématique assuré, de fait, à 90 % sur tout le département.
- un bilan des troubles du comportement et du langage sur la base d'un repérage par l'enseignant.

1.3.4 L'agrément et le suivi des assistants maternels

Les conseils généraux accordent dans les schémas départementaux une haute priorité au développement des modes de garde. La mission a choisi de s'intéresser, au sein de la mission générale de la PMI de surveillance des modes d'accueil des enfants, à son rôle vis-à-vis des assistants maternels⁴⁴, en raison de la place importante que leur "surveillance" tient dans la charge de travail du service. En 2005 le nombre d'assistants maternels employés par des particuliers atteignaient 263 800 en France métropolitaine alors qu'en 1990 il n'était que de 70.000. Au niveau national, c'est donc une multiplication par 3,7 en 15 ans⁴⁵. Environ 750.000 enfants de moins de 6 ans relèvent de ce mode de garde.

Cette mission est récente : elle n'a été créée et rattachée à la PMI qu'en 1992 pour ce qui concerne l'agrément et la formation et en 1995 pour le suivi⁴⁶. Les délais d'instruction de l'agrément sont fixés par les textes (4 mois et bientôt 2 mois), faute de quoi le régime de l'accord tacite s'applique, ce qui crée une contrainte majeure pour les services. Les critères de l'agrément ont trait à la maîtrise du français, aux conditions de l'accueil (logement, hygiène) et aux aptitudes éducatives : les modes de garde sont largement démedicalisés.

L'agrément mobilise un temps de travail administratif considérable (traitement des dossiers, passage en commission) et un investissement important du personnel technique, en général exclusivement les puéricultrices⁴⁷ (une ou 2 visites à domicile et la rédaction d'un rapport - soit 5 à 6 heures de travail-). L'Essonne a mesuré en 2003 le temps de travail de puéricultrice requis au titre de la mission relative aux assistants maternels : 21% de leur temps de travail. Ce temps n'a cessé d'augmenter et représentent 33% des visites à domicile.

La formation des assistants maternels, obligatoire, relève également de la PMI. Elle est passée en 2005 de 60 à 120 heures. Généralement déléguée (GRETA...), elle mobilise dans l'ensemble des temps limités de puéricultrice pour l'organisation et l'encadrement des formations.

Le suivi annuel des assistants maternels agréés qui exige à chaque fois une visite sur place est susceptible d'alourdir fortement la charge de travail des puéricultrices dans certaines circonscriptions et de transformer certaines autres missions en variables d'ajustement (permanences, VAD, consultations). En Essonne, l'effectif supplémentaire nécessaire a été évalué à 15 ETP, soit une croissance de 12% de l'effectif. En Meurthe et Moselle, une étude interne au service de PMI a permis d'évaluer qu'il faudrait dix professionnels supplémentaires (en ETP) pour effectuer le suivi annuel systématique des assistants maternels.

La question de la valeur ajoutée de la PMI en ces domaines est posée :

- dans quelle mesure la relation assistants maternels/parents - employeurs devrait-elle être davantage l'objet d'une politique publique que celle d'autres services à domicile ? Quelles

un troisième niveau de bilan de santé complet d'une durée d'une heure sur signe d'appel, avec les parents. Ce dépistage ne touche que 14 % de la classe d'âge mais il permet de détecter un pourcentage considérable de troubles du comportement, du langage et des troubles moteurs non encore dépistés (en moyenne 50 %).

⁴⁴ On ne traitera pas ici des assistantes familiales qui accueillent les enfants de l'ASE et pour lesquelles les garanties et les contrôles doivent être particulièrement rigoureux.

⁴⁵ « Les assistantes maternelles : une profession en développement » - Etudes et résultats de la DRESS – n°232 avril 2003.

⁴⁶Loi du 12 juillet 1992 codifiée en L 2111-2 du CSP et R 421-1 du CASF et loi du 27 juin 2005 codifiée au L 421-17-1 du CASF. Décret du 20 avril 2006.

⁴⁷A Paris les évaluations mobilisent à la fois assistantes sociales, médecins et psychologues

garanties l'administration est-elle sensée donner aux familles ? Faut-il, en plus de l'agrément et de la formation assurer un suivi annuel des pratiques professionnelles ? En quoi consiste ce suivi ? Peut-il être efficace ?

- ces tâches d'ampleur croissante et de plus en plus démedicalisées n'empiètent-elles pas de façon excessive sur le cœur de métier de la PMI et notamment sur celui des puéricultrices ? Est-il est raisonnable d'instituer un suivi régulier des assistants maternels par la PMI, institution dédiée au suivi de la population et non pas de professionnels ? La PMI, est-elle vraiment en situation d'être en première ligne, alors que les CAF et les municipalités peuvent également jouer un rôle (relais assistantes maternelles - RAM)?
- les puéricultrices, sont-elles les mieux placées pour agréer et suivre les assistants maternels ? En effet, les critères de l'agrément sont essentiellement : la sécurité, l'épanouissement, la capacité éducative, la maîtrise du français oral et la santé. Seule la santé de l'enfant relève en propre des puéricultrices, sachant que, même dans cette sphère, les conseils sanitaires, au titre de la petite enfance, ne sont pas le monopole des professions médicales, comme l'éducation pour la santé en général. D'autres professions sont compétentes pour intervenir et sont par endroits mobilisés par les services de PMI : assistants sociaux, éducateurs de jeunes enfants, anciens assistants maternels, ou tout autre professionnel dûment formé.

2. Mais un dispositif disparate qui connaît des difficultés de positionnement et de pilotage

2.1 Des disparités dans l'activité qui ne semblent pas corrélées à des indicateurs de santé

2.1.1 Des disparités considérables entre les départements

Les disparités en activité et en moyens rapportés à la population concernée sont structurelles :

- les besoins ne sont pas les mêmes, que ce soit entre les départements ou à l'intérieur des départements
- de grandes différences ont toujours existé entre les territoires depuis 1945⁴⁸
- la décentralisation a à la fois entériné et accentué cet état de fait
- il existe à l'intérieur même des départements des disparités très importantes

Les données recueillies par la DREES figurent en annexe 9.

- Pour les consultations prénatales : la norme, pour 100.000 habitants âgés de 15 à 50 ans⁴⁹ résidant dans le département, d'au moins 4 demi-journées de consultations prénatales (R. 2112-5 du CSP) est respectée au niveau national à hauteur de 65 %. L'écart va de 0 à 12 451 séances en Seine Saint Denis. 48 départements n'en assurent plus aucune. 10 départements les dépassent très largement.
- Pour les sages-femmes, le respect des normes (1 sage-femme pour 1500 naissances domiciliées) est assuré en moyenne à 148 %. 22 départements se situent en dessous- de la norme. L'écart maximum en France métropolitaine se situe de 0,2 (Haute-Garonne) à 4,1 (Nièvre) soit une fourchette de 1 à 20.
- L'activité de consultation infantile. La norme est d'une demi-journée de consultation par semaine pour 200 enfants nés vivants en 2004 (l'article R 2112-6 du CSP). Elle est respectée en moyenne au niveau national à 108 %. 47 départements sont en dessous de la norme minimale. Mais 5 départements se situent entre 4 et 8 fois la norme minimale : Paris, Val de Marne, Hauts de Seine, Seine Saint Denis, Essonne. Les écarts maxima vont de 1 à 10.

⁴⁸ Suivant les tableaux présentés par la DREES, l'écart en 1991, avant que la décentralisation de la PMI ne fût devenue effective, était du même ordre (0,3 Haute Loire versus 1,6 Val de Marne, Indre, Loire Atlantique ...) soit 533 %

⁴⁹ Les calculs effectués par la DRESS sont rapportés aux « femmes âgées de 15 à 50 ans » alors que le texte réglementaire fait référence au nombre de demi-journées de consultations pour 100.000 « habitants âgés de 15 à 50 ans ». La mission estime, dans ce rapport, que c'est cette dernière base (femmes et hommes) qui doit être prise en compte. Les activités de planification, de pré-nuptial et de suivi de grossesse (examen du père) concernent aussi des hommes.

- Les normes de personnel pour la protection infantile : une puéricultrice (en ETP) ou son équivalent pour 250 enfants nés vivants (R 2112-7)⁵⁰. La norme, concernant les seules puéricultrices est respectée en moyenne au plan national à 156%. Mais 22 départements se situent en dessous des normes minimales. 74 départements se positionnant au-dessus (57) ou très au-dessus (17) des minima. Les écarts entre départements se situent à une fourchette de 5,5 : de 0,4 à 2,2.

2.1.2 Des différences non corrélées à la précarité ni à la densité médicale

La mission s'est efforcée d'observer ces disparités au regard de deux déterminants fondamentaux de la santé:

- le déterminant économique et social, pour lequel on retiendra l'indicateur du taux de bénéficiaires de l'allocation de parent isolé (API) comme témoignant d'une vulnérabilité particulière : cumul du risque d'isolement et de la pauvreté/précarité.

Les tableaux de la DREES en annexe 5 indiquent les taux de bénéficiaires par département et une cartographie permet de comparer la densité d'allocataires de l'API avec celle des consultations infantiles et du taux de puéricultrices. Mais la confrontation de ces données ne permet pas de tirer de corrélation nette :

-- concernant les consultations infantiles : il n'apparaît pas nettement que les départements qui comptent un pourcentage élevé de bénéficiaires de l'API aient un niveau élevé de consultations infantiles

-- concernant les puéricultrices : le rapprochement entre départements à fort taux de puéricultrices et départements à fort pourcentage de bénéficiaires de l'API ne montre pas de corrélation. Certains départements comme ceux du massif central ont un taux de puéricultrices plus élevé que la moyenne alors que leur part d'API est inférieure à la moyenne.

- les dispositifs de soins (ils rendent compte à raison de 20% maximum de la santé d'une population). On retiendra ici l'indicateur de la densité de médecins libéraux car il s'agit du dispositif le plus accessible aux familles après la PMI. Les cartes qui figurent en annexe 5 montrent que :
- aucun département ne présente une très forte densité de médecins (de 121 à 177 médecins pour 100 000 habitants) parmi les 17 départements les plus pourvus en puéricultrices, à l'exception de la Charente Maritime
- en revanche, les départements du Centre élargi vers l'Est où la densité médicale est faible connaissent aussi pour partie une pénurie de puéricultrices qui les situent au dessous des normes.

La corrélation inverse entre l'activité infantile et singulièrement le taux de puéricultrices, et d'autre part, la densité médicale existe mais n'est pas rigoureuse. Il peut y avoir dans certains départements des cumuls et non des compensations de pénuries.

En conclusion, il existe des disparités considérables entre les départements. Elles renvoient à des contextes différents et à des déterminants multiples et intriqués qui ne les conditionnent que partiellement. Ainsi, le déterminant majeur pourrait-il être le potentiel fiscal, un indicateur de la richesse du département. L'histoire et la culture de chaque

⁵⁰A noter que la cartographie ci-jointe ne prend en compte que les puéricultrices stricto sensu, alors qu'une partie des infirmières sont des équivalent puéricultrices

collectivité jouent également un grand rôle, comme cela se manifeste dans les départements de la région parisienne.

Au total, on est en droit de se demander, en s'appuyant sur le critère le plus significatif de l'activité de la PMI, c'est-à-dire le taux de puéricultrices, si des écarts par enfant allant de 0,4 (Oise) à 2,2 (Aveyron) en France métropolitaine soit un différentiel de 550 % sont admissibles en termes d'accès à un service "public" de santé, quel que soit par ailleurs le contexte social ou l'offre de soins.

2.2 Un positionnement complexe

La PMI est dans notre pays la seule activité sanitaire décentralisée. Il en résulte un positionnement complexe :

2.2.1 *Au sein des services départementaux.*

Par exception au principe de la libre administration des collectivités locales, des normes concernant l'organisation des services ont été définies par la loi : l'article L. 2112-1 du CSP prévoit ainsi que le service départemental de PMI est placé obligatoirement sous la responsabilité d'un médecin et comprend des personnels dont la qualification est fixée par voie réglementaire.

Ces dispositions visaient à maintenir une forme de spécialisation voire d'autonomie par rapport aux autres services du département. Mais ce schéma a été battu en brèche par l'évolution générale des services des départements vers une organisation territoriale généraliste plus proche de l'usager. Au sein des unités territoriales (agences, maisons départementales...), soit les équipes qui interviennent en PMI sont organisées de manière spécifique (cas de l'Essonne), soit elles sont intégrées aux équipes en charge du service social et de l'ASE. Dans le premier cas, le médecin de PMI a une autorité hiérarchique sur tous les personnels, dans le second cas, il assure une activité de référent technique et d'animation pour les services opérationnels fonctionnant dans les unités territoriales sous la responsabilité d'un professionnel administratif ou social. Selon les données de l'ODAS⁵¹, plus de la moitié des départements place les personnels de PMI sous l'autorité fonctionnelle de responsables territoriaux, même si un traitement particulier est réservé aux médecins qui, dans 80 % des cas, restent sous l'autorité hiérarchique du médecin coordonnateur.

Ces évolutions ont donné naissance à des recours contentieux de la part des personnels à fin d'annulation - jusqu'ici toujours obtenue y compris au niveau du Conseil d'Etat- des décisions des présidents de conseils généraux qui ont déconcentré les services de PMI dans les unités territoriales conduisant à les placer sous l'autorité de responsables non-médecins.

De fait, sur le terrain des solutions pragmatiques ont émergé et la tension structurelle du service de PMI entre son rattachement à la sphère sanitaire et son insertion dans l'action sociale du département n'est pas un obstacle à un fonctionnement quotidien efficace.

Mais la prééminence de la mission sociale des départements ne cesse de s'affirmer avec la montée en puissance de leurs nouvelles compétences depuis la loi de décentralisation du 13 août 2004 et la loi du 11 février 2005 sur les personnes handicapées. Ces nouvelles attributions, dont les conséquences budgétaires sont lourdes, marginalisent quelque peu la

⁵¹ lettre de l'ODAS de février 2006 : «l'acte de de la décentralisation en matière de soutien à l'enfance et à la famille » et de février 2005 : «organisation et territoires d'action sociale départementale : une cohérence renforcée ».

PMI dans les préoccupations des conseils généraux. Elles renforcent le risque de dilution de la PMI dans le service social avec, pour effet, l'utilisation de ses ressources pour traiter des questions d'urgence sociale, au risque de négliger la prévention médico sociale en direction des femmes enceintes et des jeunes enfants.

2.2.2 Au sein du dispositif sanitaire

La PMI doit sans cesse composer avec des évolutions majeures par rapport auxquelles elle doit se positionner en complémentarité, mais ni en concurrent ni en substitut. Concernant la médecine libérale, depuis la décentralisation, la démographie médicale s'est globalement renforcée (entre 1990 et 2003 : + 46% pour les 15 684 sages-femmes libérales, + 15% pour les 5182 gynécologues) avec une accessibilité accrue grâce à la CMU et aux possibilités de tiers payant en libéral. A l'inverse, la PMI doit faire face dans certains secteurs à des pénuries de gynécologues, ou de pédiatres en ville, pour le suivi des prématurés par exemple. Dans certaines parties du territoire, par exemple le Nord de la Meurthe-et-Moselle, ou dans certains cantons du Calvados, l'évolution de la démographie médicale en terme de présence de médecins généralistes, pourrait même devenir à moyen terme un enjeu crucial pour la PMI .

Le paysage hospitalier a modifié la place de la PMI : allègement de ses tâches du fait du suivi croissant des grossesses par les maternités et de l'ouverture ici, ou là, de consultations PASS (permanences d'accès aux soins de santé de la loi du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions) qui permettent des ouvertures de droits, complémentarité grâce aux liaisons mises en place dans les maternités pour le déclenchement de VAD. Les fermetures de maternités (1035 maternités en 1985 versus 635 en 2002) exercent une pression sur la PMI en rendant plus difficile l'inscription des femmes en maternité et en compliquant leur suivi en zone rurale. Lorsqu'il n'existe pas d'autre solution que l'orientation vers des maternités privées, la question de l'accessibilité peut devenir délicate et la PMI a dû faire appel, par endroits aux allocations mensuelles de l'ASE. En raison du raccourcissement des séjours à la maternité, la PMI est de plus en plus sollicitée pour intervenir quasiment en hospitalisation à domicile auprès de femmes qui ont besoin d'être d'autant plus soutenues qu'elles n'ont pu faire à l'hôpital un apprentissage suffisant de l'allaitement ou de la puériculture. La PMI subit également la répercussion des délais de consultation dans les CMPP ou les CMP.

Malgré ces tensions auxquelles la PMI n'a pas pour rôle de remédier, la mission a constaté et relaté dans les rapports de site l'intensité du travail en réseau formel ou informel avec les médecins de ville et les maternités, y compris les maternités privées : présence physique de sages-femmes, puéricultrices ou psychologues dans les maternités, dans les staffs de parentalité, fiches de liaisons, protocoles communs, mise en place, en Hérault d'un dossier médical commun informatisé (de la grossesse à l'enfant de 28 jours) : réseau périnatal lorrain, réseaux franciliens, consultation conjointe PMI/ Psychiatrie dans l'Essonne, projet de réseau de suivi des prématurés avec l'hôpital d'Evry ou encore projet de maison médicale mixte PMI/libéraux dans un quartier défavorisé de l'Essonne, les Tarterets, complètement délaissé par les médecins. Quant aux liens avec les intersecteurs et secteurs de psychiatrie, ils sont très fréquents. En revanche, les liens avec les services de la médecine scolaire ont peu progressé.

Dans aucun endroit, à l'exception d'un département où des tensions ont entravé les consultations prénatales de PMI, la mission n'a pas constaté de difficultés concernant les relations de la médecine de ville avec la PMI. Toutefois, si les transmissions de dossiers sont globalement assurées grâce aux contacts interpersonnels entre les médecins qui interviennent sur un même territoire, l'absence, sauf exception⁵², de relations formalisées peuvent conduire à des redondances ou, plus grave, à des déficits de continuité dans la prise en charge d'enfants atteints de maladies chroniques ou de handicaps par exemple.

⁵² La Meurthe-et-Moselle a signé une convention avec l'inspection d'académie

2.2.3 Dans la politique de santé publique

Exerçant une responsabilité partagée avec l'Etat et l'assurance maladie, comme l'affirme d'entrée la loi, la PMI aurait dû être associée aux politiques publiques de son domaine d'intervention, ce qui n'a pas été le cas, sauf exception. En effet, une des conséquences de la décentralisation a été la rupture des liens entre l'administration centrale et les services de PMI. L'intervention dans ce secteur, antérieurement animé par la DGS a été morcelée entre de nombreux bureaux de la DGS, de la DHOS, de la DGAS et de la DREES. De ce fait, les échanges entre les interlocuteurs des services de PMI et de l'Etat au niveau national sont devenus rares, entravant toute vision globale et tout échange d'expérience et de bonnes pratiques. Par ailleurs, la représentation des départements au niveau national se fait à travers l'ADF et donc sur une base généraliste qui laisse peu de place au travail technique.

Cette situation a aussi débouché sur une difficulté à intégrer les préoccupations des responsables des services de la PMI dans l'élaboration des politiques publiques et aussi à les associer à leur mise en œuvre, notamment au niveau national dans le cadre de plans thématiques et au niveau régional dans le cadre des programmes régionaux de santé (PRS), et des schéma régionaux d'organisation sanitaire (SROS).

Ces plans ou programmes ont fait peu de place à la PMI, à l'exception du plan 2005-2007 sur la périnatalité et de certains PRS⁵³ Le cas de la région Languedoc-Roussillon, où sous l'égide de la commission régionale de la naissance et dans le cadre du réseau " Naître en Languedoc-Roussillon", l'Etat, l'URCAM et les services de PMI ont engagé une démarche de progrès, pour la rédaction de protocoles de prise en charge obstétricale et pédiatrique ou l'institution de procédures permettant l'analyse des événements indésirables mais aussi une meilleure prise en charge des grossesses des personnes en situation de vulnérabilité montre l'intérêt potentiel d'une intégration de la PMI dans les politiques nationales

2.2.4 Par rapport à l'assurance-maladie

Lors de ses visites sur place, la mission a constaté que les relations avec l'assurance maladie étaient limitées à la seule mise en œuvre au niveau local de contributions financières qui d'ailleurs s'organisent de manière très différentes d'un département à l'autre.

2.2.4.1 Le cadre réglementaire⁵⁴

L'article L. 2112-7 du CSP prévoit que, pour les assurés sociaux, les frais afférents aux examens obligatoires de suivi prénuptial (1 examen), pré (7) et postnatal (1) et relatifs aux enfants âgés de 0 à 6 ans (20) sont remboursés au département par les organismes d'assurance maladie dont relèvent les intéressés selon le mode de tarification prévu pour les centres de santé (article L. 162-32 du CSS). Ces dispositions remplacent le dispositif mis en place après-guerre qui organisait une contribution forfaitaire mais le texte réglementaire prévoit que, sauf dénonciation, toutes les conventions signées avant la loi du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé, de la famille et de l'enfance, demeurent en vigueur.

Par ailleurs, il précise que « *les organismes d'assurance maladie peuvent également, par voie de convention, participer sur les fonds d'action sanitaire et sociale aux autres actions de prévention médico-sociale menées par le département* » Ces actions de prévention peuvent s'appliquer aussi bien à des actions individuelles (vaccinations) qu'à des actions

⁵³ Par exemple dans la région Nord Pas de Calais voir le rapport annuel 2003 de l'IGAS « Santé, pour une politique de prévention durable » et le rapport annexé au précédent « La prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents » Claire Trouvé, Patricia Vienne Bernard Marrot.

⁵⁴ Circulaire de la CNAMTS du 26/06/1990

collectives (brochures d'information et/ou de prévention ou campagne de vaccination de masse....).

Pour ce qui concerne les actes en lien avec la planification familiale et le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), l'article L. 2311-5 du CSP prévoit que les centres de planification ou d'éducation familiale peuvent dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin, assurer le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle (s'ils sont agréés pour cela). Le décret du 6 août 1992 fixe les modalités d'application du présent article et les articles R. 168-55 à R.158-58 du CSS⁵⁵ déterminent, pour les mineurs et les non assurés sociaux, les conditions dans lesquelles les dépenses afférentes à ce dépistage et à ce traitement sont prises en charge par les organismes d'assurance maladie (analyses et examens de laboratoire ainsi que les frais pharmaceutiques).

2.2.4.2 *L'application du dispositif de remboursement*⁵⁶

Comme le montrent les rapports de site, l'application de ces textes a conduit à des modalités de financement très diverses. Ainsi par exemple :

Dans le département du Calvados, la convention signée avec la caisse primaire d'assurance maladie le 14 janvier 1988 est toujours en vigueur. Elle fixe les modalités de la participation de la CPAM sur la base de critères particuliers. Pour les actes médicaux de la protection maternelle et infantile, un forfait est calculé en tenant compte du nombre de déclarations de grossesse reçues par la caisse au cours de l'exercice considéré sur la base de 11 consultations de surveillance pré et postnatale (le nombre est fixé en accord entre les deux parties) de 50% de la consultation d'un omnipraticien retenue pour les soins externes dans le cadre de la dotation globale des établissements publics, au 1^{er} janvier de l'exercice considéré et enfin du taux de fréquentation de la PMI pour les assurés du régime général, évalué à 12%.

En matière d'analyses de biologie médicale pour la protection maternelle et infantile, le forfait est calculé en tenant compte des mêmes éléments⁵⁷. Pour les consultations et les analyses de la planification familiale, il est tenu compte de la participation de l'assurance maladie à hauteur de 80% pour déterminer la participation de la CPAM.

Chaque année, le département s'engage à transmettre les statistiques relatives aux actes effectués et la caisse s'engage au versement de sa participation. Pour 2004, les recettes apportées par l'assurance maladie s'élèvent à 220.000€ soit 8% du budget global de la PMI évalué à 2.5 M€

⁵⁵ Issu du décret du 30 août 2000 modifiant le décret du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale et modifiant le code de la sécurité sociale.

⁵⁶ La mission n'a pas analysé les négociations en cours et les impacts potentiels, notamment organisationnels et financiers, dérivant des choix locaux qui découlent de la re-centralisation des actions de santé telle que prévue dans la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, et notamment les charges liées aux vaccinations.

⁵⁷ A savoir :

- du nombre de déclaration de grossesse reçues par la caisse au cours de l'exercice considéré ;
- du nombre d'actes en B remboursés par bénéficiaire, au titre de la surveillance pré et post-natale (obtenu en divisant le nombre de coefficients B, BP et BM remboursés en maternité par la CPAM par le nombre de déclaration de grossesse) ;
- de 50% de la valeur du B retenue pour les soins externes dans le cadre de la dotation globale des établissements publics, au 1^{er} janvier de l'exercice considéré ;
- du taux de fréquentation de la PMI pour les assurés du régime général, évalué à 12%.

Dans le département de l'Hérault, alors que jusqu'en 2003, en application d'une convention de 1961, la CPAM participait aux dépenses de fonctionnement des centres de PMI par un versement annuel forfaitaire (calculé en multipliant un montant unitaire révisable par le nombre de bénéficiaires de la caisse), à compter du 1er janvier 2003⁽⁵⁸⁾ le conseil général et la CPAM ont conclu une nouvelle convention reposant sur un principe de versement à l'acte. Depuis 2004, les échanges entre la CPAM et le département se font en télétransmissions sécurisés selon des modalités analogues au secteur libéral. L'assurance maladie rembourse ainsi toutes les consultations de nourrissons, les bilans réalisés en écoles maternelles et les visites à domicile des sages-femmes ainsi que les vaccins du calendrier vaccinal obligatoire. Pour ce qui concerne les vaccins remboursables dans le cadre de la PMI, un protocole annexe en a organisé la prise en charge sur le principe de versements semestriels sur production par la PMI des justificatifs de dépenses. La participation de l'assurance maladie a atteint 500 000 € en 2005, soit 6% du budget total de la PMI s'évalué à 8 M €.

2.2.4.3 Une CNAMTS peu engagée

L'implication de la CNAMTS est extrêmement réduite. Il n'existe pas de suivi, ni technique, ni financier des relations entre la CNAM et la PMI.

Le compte PMI est globalisé avec d'autres prestations⁵⁹ sans possibilité de l'individualiser par extrapolation des données recueillies au niveau local. **La mission estime à un maximum de 60 millions € les sommes versées en 2004 à la PMI par les CPAM. Les dépenses nationales de PMI ont été évaluées à 700 M€**

Par ailleurs, il existe 64 conventions départements/CPAM et le montant total des vaccins remboursé est de 3 millions d'euros, mais les vaccins ne concernent pas uniquement la PMI. Enfin, les contributions facultatives des fonds d'action sanitaire et sociale des caisses s'élèvent à un montant total de 83 000 €, et cinq CPAM sont gestionnaires de centres de PMI.

Mais au-delà du suivi des relations entre les départements, les CPAM et aussi les URCAM, ont, sauf exception, peu associé les services de PMI à leurs interventions en terme de gestion du risque dans le domaine de la santé maternelle ou infantile. La gestion conventionnelle aussi a été coupée de toute prise en compte des activités mises en œuvre par les professionnels de la PMI comme le montre l'exemple de l'avenant n° 4 à la convention nationale des sages femmes signé le 18 décembre 2002 ou plus récemment celui de l'avenant n° 12 à la convention nationale des médecins publié au Journal officiel du 30 mars 2006⁶⁰.

La CNAMTS s'est ainsi privée d'un relais important pour mettre en œuvre ses objectifs de prévention alors qu'elle contribue, via les CPAM, au fonctionnement des services de PMI.

2.3 Des difficultés dans le pilotage et l'animation des services.

Dans les départements visités par la mission ou qui ont fait l'objet d'un contrôle de l'IGAS, le pilotage des services de PMI se faisait de manière classique à travers des instructions transmises par la chaîne hiérarchique. Compte tenu de la nature des activités, l'autonomie des équipes opérationnelles était importante et dans certains cas, elle pouvait

⁵⁸ Sur la base de la loi du 18 décembre 1999 et de la circulaire CNAM d'application en date du 26 juin 1990.

⁵⁹ Comptes 656111168, 656112168 et 656121168: soins à l'étranger, frais d'expertise, dispensaires anti tuberculeux, antivénéériens, PMI, aide sociale, forfaits d'éducation thérapeutique..

⁶⁰ Ce texte qui traite notamment du forfait pédiatrique, de la majoration pour nourrissons, des facteurs de risque chez les femmes enceintes, de l'obésité chez les jeunes ne mentionne pas la PMI.

conduire à une forme d'hétérogénéité des pratiques au sein d'un même département. Pour limiter ces risques, des contacts fréquents étaient organisés entre les équipes des services centraux qui jouaient un rôle de référent technique et les structures territoriales. Toutefois spécialement dans deux domaines, l'ensemble des départements visités rencontraient et rencontrent encore des difficultés dans le management de services.

Dans de nombreux départements, des schémas directeurs avaient été définis mais sauf exceptions⁶¹ la place qu'ils faisaient à la PMI était limitée. De plus très souvent les orientations de moyen terme n'ont pas fait l'objet d'une déclinaison sous forme d'objectifs annuels pour les services. Mais des initiatives ont été prises dans plusieurs départements. Ainsi, en Meurthe-et-Moselle et dans l'Hérault, se développe un dialogue de gestion interne aux services centraux qui conduit à la fixation d'objectifs pour les équipes opérationnelles. Toutefois ceux-ci sont d'abord définis à partir de la mise en oeuvre d'actions de modernisation⁶² et le plus souvent ne sont donc pas exprimés en terme d'amélioration de la performance, c'est-à-dire d'impact sur la santé et le développement des personnes bénéficiaires, ou de niveaux recherchés en terme de qualité de service et encore moins d'efficience.

De plus, en l'absence d'une programmation pluriannuelle des crédits de la PMI, les procédures budgétaires ne permettent pas en règle générale d'orienter les ressources vers les priorités inscrites dans les schémas. Toutefois, dans certains cas, les départements ont été soucieux de redéployer les moyens de la PMI en fonction de leurs orientations stratégiques. Ainsi, les départements de l'Essonne et de Meurthe et Moselle ont mené à bien une restructuration du réseau et un redéploiement des ressources entre les circonscriptions territoriales.

2.3.1 Un fort déficit d'évaluation

Les responsables de la PMI ont rencontré des difficultés dans le management des services du fait d'un fort déficit d'évaluation et notamment pour les activités déléguées. Les conventions de délégation, aux associations ou aux services hospitaliers (actions collectives, planification familiale, voire protection maternelle comme à Paris) sont rarement revues, et les activités rarement évaluées.

Cette situation a différentes origines : la faiblesse des études notamment épidémiologiques, l'absence de systèmes d'information et en amont d'outils de comptabilité analytique mais aussi le relatif isolement des départements et le manque d'accompagnement de la part des instances nationales.

⁶¹ Comme par exemple le schéma directeur de la PMI du Calvados ou le plan stratégiques de la PMI à Paris

⁶² Par exemple les conventions de délégation pour les activités de planification familiale y ont été renégociées au cours du premier semestre 2006.

2.3.1.1 *Un développement trop limité des études épidémiologiques*

Ce point a été souligné supra, même s'il comporte des exceptions⁶³. La mission a rarement vu des études sur les bénéficiaires des services offerts par la PMI, leur motif de recours à la PMI et leur parcours de soins (et donc la manière dont ils rentrent en contact avec la PMI) comme cela a été engagé à Paris. Plus globalement il manque pour chaque bloc de missions un minimum d'indicateurs de performance construits à partir d'évaluations approfondies menées au niveau national ou inter-régional.

2.3.1.2 *La faiblesse des systèmes d'information*

Dans la plupart des services le suivi des activités, des coûts et des résultats n'est pas véritablement organisé : chaque professionnel produit ses données (dans un cadre souvent préétabli) et gère l'archivage de ses dossiers. L'utilisation de l'informatique et des réseaux est peu développée pour les échanges d'information entre professionnels, ce qui renvoie pour partie, mais pas entièrement, aux difficultés dans la gestion d'informations couvertes par le secret professionnel : les données administratives devraient pouvoir circuler entre tous les professionnels. De leur côté, les responsables produisent leurs propres données d'activité sans que la plupart du temps celles-ci ne soient utilisées pour le pilotage des services : ainsi les rapports annuels d'activité sont le plus souvent très succincts. Dans le cas des activités déléguées, par exemple en planification familiale, le suivi est particulièrement lacunaire.

Toutefois des initiatives ont été prises :

- La création de systèmes d'information modernes : par exemple dans l'Hérault pour les bilans de santé⁶⁴ et en Meurthe-et-Moselle à travers le projet de dossier informatisé
- une réflexion sur les charges de travail des professionnels et les répartitions de temps en fonction des différentes missions (ex : étude sur les médecins dans le Calvados – analyse de l'activité des puéricultrices dans les modes de garde dans l'Hérault, enquête triennale avec recueil d'activité systématique de tous les professionnels, pendant 15 jours⁶⁵ dans l'Essonne, description de leur activité en prénatal par les sages femmes elles-mêmes à Paris...)
- l'élaboration de tableaux de bord par catégorie de professionnels (médecins, puéricultrices, sages-femmes, infirmières...) comportant certains indicateurs reflétant l'activité par exemple à travers le suivi de l'activité des puéricultrices en Meurthe-et-Moselle ou la mise en place une nouvelle procédure de remontées statistiques avec accès à un serveur de partage de données et saisie mensuelle dans le Finistère

Mais l'absence de lisibilité sur les activités et les coûts tient aussi aux limites du système de gestion budgétaire. Faute d'outils de comptabilité analytique, même sommaires, il est difficile d'appréhender le coût complet des différentes activités de la PMI, et de déléguer une responsabilité globale des missions et des moyens à des équipes opérationnelles.

⁶³ Ainsi des études en Meurthe-et-Moselle sur les troubles du langage, dans le Maine-et-Loire une sur les enfants placés à l'aide sociale à l'enfance et de leurs parents, dans l' Hérault deux enquêtes à 5 ans d'intervalle sur la santé des enfants d'âge préscolaire, un observatoire social dans l'Essonne.

⁶⁴ 3 dossiers sont utilisés selon le niveau du bilan – cf. rapport de site [bilan B1 pour le dépistage sensoriel, bucco-dentaire, les mensurations et l'examen somatique - bilan B2 avec une fiche d'évaluation du comportement à remplir pour l'enseignant pour chaque enfant - bilan B3 relatif au mode de vie: milieu familial, scolarisation, rythme de vie].

⁶⁵ Le remplissage de tableaux récapitulant l'ensemble de l'activité journalière de chaque professionnel permet de comprendre comment se répartit leur activité entre les blocs d'activité et de suivre son évolution dans le temps. Est également analysée la décomposition entre activités en contact direct avec le public et le temps en réunion, liaisons téléphoniques, rédaction, secrétariat.

2.3.2 *Le manque d'accompagnement par les instances nationales*

Mais outre ces difficultés, la faiblesse des démarches d'évaluation sur les missions de PMI traduit aussi la difficulté à concevoir les outils nécessaires au niveau d'un seul département et font apparaître l'absence d'accompagnement de ces travaux par l'HAS ou l'INPES. En effet la mise au point des critères d'évaluation et de qualité suppose la mobilisation d'une expertise qui est difficilement accessible pour un département isolé.

2.3.3 *Des difficultés de recrutement et des problèmes de statut*

La mission a constaté les difficultés croissantes que rencontrent certains conseils généraux pour recruter des personnels de PMI et notamment des médecins, des puéricultrices et des conseillères conjugales. Dans une large mesure ces difficultés sont la conséquence d'un cadre statutaire mal adapté. S'agissant des médecins dans la quasi-totalité des départements visités par la mission, les services de PMI rencontraient des difficultés de recrutement à la fois sur les postes de titulaires, de contractuels et de vacataires. Elles se traduisaient par des vacances prolongées sur certains postes. Mais pour le moment les conséquences sont limitées car les départs en retraite ou en détachement sont encore faibles et donc peu de postes sont concernés.

Les causes de cette situation sont multiples. Pour les titulaires, il s'agit d'abord de la difficulté à rendre attractives les carrières de médecin territorial. Tout d'abord, les textes réglementaires conduisent les services de PMI à recruter des pédiatres. Mais cette spécialité est en difficulté sur le plan démographique à la fois en ville et à l'hôpital. Lorsque le recrutement de pédiatres est impossible, les services doivent donc solliciter des dérogations auprès du préfet pour le recrutement de généralistes. Mais, pour ceux ci aussi, des difficultés sont apparues et elles sont en partie liées au cadre statutaire.

Les médecins de PMI sont des médecins fonctionnaires territoriaux dont le statut, qui relève de la filière médico-sociale, a été défini par un décret du 28 août 1992. Ils sont recrutés par les départements après inscription sur une liste d'aptitude sont astreints à suivre une période de formation « initiale d'application » de trois mois. Les déroulements de carrière s'organisent en trois classes avec un échelonnement indiciaire qui va de l'indice 429 à la HEB. Les conditions de rémunération sont devenues moins favorables que celles des autres praticiens qu'ils soient libéraux, praticiens hospitaliers et même médecins du corps des médecins inspecteurs de santé publique (MISP) qui ont bénéficié, en 2000, d'une revalorisation statutaire. Pour les praticiens contractuels, la PMI rencontre aussi des difficultés, liées à la faiblesse des « viviers » et au niveau de rémunérations (particulièrement s'agissant du recrutement praticiens hospitaliers).

Pour les puéricultrices, la situation est moins délicate et surtout si on se projette dans l'avenir. En effet, les puéricultrices sont des infirmières spécialisées qui suivent une formation d'une année pour se spécialiser dans le domaine de la petite enfance et les effectifs d'infirmières en formation sont en augmentation. Enfin s'agissant des conseillères conjugales, la mission a confirmé un constat établi parallèlement par une mission de l'Igas⁶⁶, l'absence d'un statut permettant d'organiser les déroulements de carrière est incontestablement source de grandes difficultés dans la gestion de ces personnels.

⁶⁶ IGAS « le statut des conseillères conjugales » octobre 2006

3. Pour un recentrage, un repositionnement et un pilotage rénové

Les perspectives d'évolution de la PMI ont fait l'objet de nombreuses réflexions, notamment dans plusieurs rapports⁶⁷. Les débats sur la réforme de la protection de l'enfance organisés par le ministre délégué à la famille et aux solidarités ont fait émerger de nouvelles préoccupations. Le projet de loi réformant la protection de l'enfance en cours de discussion au parlement élargit le rôle de la PMI aux "mineurs en danger ou qui risquent de l'être", et surtout il accentue la vocation préventive de la PMI, en en faisant le pivot d'une politique nationale systématique dans quatre domaines : le bilan pour les enfants de 3 à 4 ans, l'entretien pour les femmes enceintes au quatrième mois et leur accompagnement, le suivi postnatal pour la mère et le père et le dépistage des troubles d'ordre "*physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage*".

Comme le montre le récent rapport de l'organisation mondiale de la santé (OMS)⁶⁸ la grossesse et la petite enfance constituent des moments clés pour la politique de santé publique, notamment pour la prévention précoce.

Or les déterminants de la santé sont multiples et intriqués : ils sont d'abord socio-économiques et culturels. Les experts internationaux s'accordent pour dire que ceux-ci expliquent pour plus de 60 %⁶⁹ l'état sanitaire d'un pays ou d'un groupe et que le facteur principal de risque sanitaire est en réalité l'inégalité sociale. Le système de soins et de prévention intervient pour une part estimée de 10 à 20%. A l'intérieur de ce système, la PMI n'est qu'un acteur parmi d'autres. Ainsi la PMI n'est-elle pas étrangère aux résultats obtenus en matière de lutte contre la mortalité et la morbidité des groupes qui la fréquentent. Mais inversement, ils ne peuvent lui être imputés que pour une faible part.

Dans un contexte de ressources limitées et d'une volonté de performance globale de la politique de prévention, la mission estime que les services de PMI doivent veiller de manière rigoureuse et efficiente à se centrer sur leur valeur ajoutée spécifique. Mais il importe aussi que l'activité de PMI, service décentralisé mais qui a des missions de santé publique soit davantage intégrée dans la politique nationale. Son périmètre devrait rester inchangé, contrairement aux suggestions de la défenseure des enfants : l'extension du champ de compétence aux plus de 6 ans ne paraît pas souhaitable en raison du risque de dispersion des moyens alors que les enfants plus grands ont moins besoin d'un suivi régulier et peuvent être pris en charge plus facilement par la médecine libérale. La question se pose au contraire de resserrer le périmètre autour des enfants plus petits car ce sont eux qui profitent à plein de l'approche PMI et qui d'ailleurs la fréquentent le plus. Deux raisons militent cependant en faveur du maintien de la limite à 6 ans : les bilans de santé à l'école maternelle constituent un moment clé important pour le repérage de troubles non encore dépistés et la PMI apporte ici sa connaissance des familles, sa qualité de proximité : elle peut conseiller les familles et les aider à donner des suites aux bilans de santé, alors que la médecine scolaire a des difficultés pour prendre en charge cette population, compte tenu de ses effectifs.

Mais le maintien des limites actuelles de compétence ne doit pas signifier l'abandon de la recherche d'une meilleure articulation entre la PMI et la médecine scolaire. La mission estime que les liens doivent être resserrés à travers la généralisation du type de démarche qui

⁶⁷ Défenseure des enfants, rapport 2004, M.T. Hermange, « périnatalité et protection des mineurs », 2005

⁶⁸ Rapport OMS sur la santé en Europe: « L'action de santé publique pour améliorer la santé des enfants et des populations » 2005

⁶⁹ Le reste renvoie aux facteurs biologiques et environnementaux et au système de santé.

a été mise en place en Meurthe-et-Moselle. Par ailleurs, la mission a constaté que le dispositif parisien qui confère au département à la fois la PMI et l'organisation de la médecine scolaire dans le premier degré est intéressant en terme de décloisonnement potentiel. C'est pourquoi elle est favorable à ce que les expériences de transfert au département de la médecine scolaire prévues par la loi de décentralisation de 2004 puissent être engagées.

3.1 Recentrer sur la valeur ajoutée spécifique de la PMI

3.1.1 Viser en priorité les populations précaires et les personnes vulnérables en s'appuyant sur les réseaux

Sans mettre en question la vocation généraliste d'un service qui doit rester ouvert à tous et n'a pas vocation à se transformer en « médecine des pauvres », la PMI doit rester orientée vers les populations socialement défavorisées (en situation de pauvreté, de précarité ou de difficulté d'accès à la médecine de ville) ou psychologiquement vulnérables (qui ne sont pas nécessairement précarisées) ou en situation de handicap, et pour ce faire, elle doit renforcer le ciblage de ses interventions. Une attention particulière doit être portée :

- aux implantations qui devraient être périodiquement révisées pour suivre les besoins
- aux liaisons avec les maternités qui méritent d'être systématisées
- aux liens avec les associations de quartier, les services sociaux et les services de l'ASE
- à des méthodes de sélection des interventions : définition de critères médicaux et sociaux à partir des déclarations de grossesse, des certificats de naissance ou du 8^{ème} jour à des indicateurs faisant intervenir des critères de pauvreté/de précarité et de vulnérabilité psycho-sociale : par exemple, nombre de bénéficiaires de RMI, d'API, âge des mères, maternités multiples ou rapprochées. Ces critères, qui sont déjà établis dans certains départements, pourraient utilement faire l'objet d'échanges de bonnes pratiques. **Dans une optique de la prévention précoce, la PMI devrait s'attacher à suivre encore plus qu'aujourd'hui les enfants de moins de deux ans.**

Enfin, la mission préconise le renforcement de la participation des services de PMI aux instances de pilotage et d'animation des réseaux.

3.1.2 Limiter l'engagement de la PMI par rapport au suivi des assistants maternels

Dans le souci de ramener les professionnels de la PMI sur leurs missions prioritaires correspondant à la réelle plus value de la PMI dans un contexte budgétaire contraint⁷⁰, la mission préconise de limiter le plus possible l'intervention sur les assistants maternels, soit en restreignant l'étendue de la mission qui est confiée à la PMI, soit en organisant différemment sa mise en œuvre. **On trouvera en annexe 12 la présentation des deux scénarios envisageables.**

- Le champ de la mission

L'intervention de la PMI (donc l'agrément et le suivi) est justifiée par le fait que les assistants maternels assurent l'accueil des enfants dans un lieu de vie différent de celui de leur famille, et que leur travail a une incidence sur l'éveil et le développement affectif et éducatif

⁷⁰ Le maintien de cette mission au sein de la PMI nécessiterait des ajustements d'effectifs importants – cf. supra en Meurthe et Moselle et dans l'Hérault

de l'enfant, ce qui s'apparente à un service public de l'enfance et nécessite donc un encadrement. La loi du 27 juin 2005 relative aux assistants maternels et aux assistants familiaux⁷¹ vise à développer la professionnalisation des assistants maternels et la qualité du service rendu. Des référentiels nationaux en cours d'élaboration devraient en outre favoriser l'harmonisation des pratiques en matière de critères d'agrément et devraient permettre de préciser le rôle, les responsabilités et les engagements de l'assistant maternel.

La mission s'inscrit dans cette démarche et il lui paraît possible d'alléger les charges de la PMI en supprimant la procédure de suivi des pratiques, après l'agrément et la formation. Elle considère que ce sont les parents qui sont les employeurs et qu'au-delà de l'agrément initial, il faut développer leur responsabilisation en tant qu'employeurs, celle-ci étant facilitée par l'obligation récemment instituée du contrat de travail écrit. Par ailleurs, la multiplication des lieux d'échanges de pratiques professionnelles par la création de relais d'assistantes maternelles va conduire à développer le conseil et l'accompagnement. La régulation se fera aussi par le contrôle sur plainte ou signalement des parents, des proches ou de tout professionnel de l'enfance. (comme c'est déjà le cas).

➤ Le mode d'organisation des services de PMI

La mission a constaté que suivant les circonscriptions d'action territoriale, la charge est variable et que cette activité requiert des compétences diverses qui ne sont pas mobilisées par une profession unique. C'est pourquoi, il pourrait être envisagé d'étendre la pratique, déjà en cours dans certains départements de création au siège d'une équipe pluridisciplinaire (puéricultrices, mais aussi assistantes sociales, psychologues et secrétaires ayant une formation médico-sociale) qui prendrait en charge les missions concernant les assistants maternels.

3.1.3 Les préconisations par bloc de mission

3.1.3.1 Le secteur de la planification et de l'éducation sexuelle

La mission préconise :

- la révision régulière des implantations des centres pour valoriser ce qui constitue un aspect essentiel de la PMI, l'accessibilité et la gratuité : l'accessibilité commande d'adapter la localisation au taux de fréquentation, dans des lieux où l'anonymat est plus facile, de veiller à l'amplitude des heures d'ouverture, à des marges de manœuvre pour des consultations d'urgence hors rendez-vous. La gratuité renforce la nécessité d'implanter des centres dans des quartiers où existe une forte demande de jeunes et/ou de populations sans couverture sociale⁷².
- le développement des actions collectives, notamment auprès des femmes migrantes et la rationalisation des stratégies d'intervention dans les établissements scolaires, en croisant

⁷¹ des exigences renforcées pour les candidats : aptitudes éducatives, maîtrise de la langue française ; des critères mieux définis par le décret (disponibilité, capacité d'organisation et d'adaptation ; aptitude à la communication et au dialogue ; capacité d'observation et de prise en compte des besoins particuliers de chaque enfant et des attentes des parents ; connaissance du rôle et des responsabilités de l'assistant maternel identification des dangers et aménagements nécessaires ; des modalités d'examen des dossiers mieux précisées (formulaire exclusif, visite(s) et entretien(s) avec le candidat et le cas échéant les membres de sa famille.

⁷² L'implantation dans les pôles universitaire gagnerait à être renforcée

les problématiques émergentes (violence, machisme, pornographie...) avec les méthodologies adoptées par les intervenants. Les interventions dans les établissements scolaires du premier degré comme le prévoit la loi du 4 juillet 2001 permettraient d'accentuer la prévention des comportements de violence entre les sexes.

- l'unification du cadre juridique actuellement différencié entre CEPEF et EICCF (établissements d'information, de consultation ou de conseil familial) et l'intégration de ces deux catégories de structures dans un réseau unique de prévention dans la compétence des départements comme le propose le rapport de l'IGAS cité supra⁷³.
- par ailleurs, la loi du 4 juillet 2001 relative à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse a autorisé la pratique de l'IVG médicamenteuse hors des établissements de santé⁷⁴. En revanche rien ne semble prévu pour les CEPEF en l'état actuel de l'article R 2311 du code de la santé publique. Or, selon la dernière étude relative aux IVG en 2004⁷⁵ près de 42% des IVG sont réalisées par voie médicamenteuse. Certains CEPEF, en particulier ceux qui se trouvent à proximité d'un centre hospitalier, susceptible de signer le même type de convention que celle qui a été prévue pour les médecins de ville, se porteraient volontaires pour pouvoir offrir ce service complémentaire⁷⁶. La mission estime que le recours à cette modalité d'intervention entre dans les missions des CEPEF et permettrait de pallier en partie les difficultés d'accès à l'IVG chirurgicale.
- la révision régulière des conventions de délégation avec les associations et les établissements hospitaliers et la mise en œuvre d'une politique de contrôle et d'évaluation.
- la compétence de la délivrance de la contraception d'urgence, actuellement réservée aux médecins responsables des centres de planification pourrait être donnée à tout médecin de PMI ou aux sage femmes ayant suivi une formation spécifique.
- plus largement, il devrait être envisagé de moderniser l'appellation des "centres de planification ou d'éducation familiale" ainsi que celle de "conseillère conjugale" qui ne correspondent plus de manière adéquate au contexte actuel.

3.1.3.2 La protection maternelle

- afin de faciliter le travail de ciblage mentionné plus haut, il conviendrait de modifier l'article 10 du décret du 3 août 1962 afin que les extraits d'acte de naissance qui sont adressés par les services de l'état civil à la PMI mentionnent l'adresse des parents et non pas seulement le lieu de naissance ;
- le développement des actions collectives : préparation à la naissance et à l'allaitement, thèmes comme le tabac, ou l'alcool⁷⁷, le sommeil ou l'hygiène la prévention de l'obésité infantile. La thématique de la parentalité devrait se structurer le plus possible en projets partenariaux soutenus par des supports associatifs, les CAF et des cofinancements de la collectivité locale. Il s'agit ici d'actions conjointes avec la protection infantile et qui méritent un investissement fort de tous les professionnels de la famille ;
- un véritable engagement de la PMI dans l'entretien du 4^{ème} mois, outil important pour prévenir la pathologie de l'attachement mère/enfant et les troubles du développement

⁷³ Le rapport du (CSIS) de 2004 préconise le maintien des deux structures. La mission ne partage pas cette analyse.

⁷⁴ Les décrets d'application du 3 mai et 1^{er} juillet 2004, précisés par la circulaire du 26 novembre 2004 prévoient les modalités de mise en œuvre des IVG par la médecine de ville

⁷⁵ Etudes et résultats DREES, « les IVG en 2004 » septembre 2006

⁷⁶ L'intervention du ministre de la santé aux 50^{ème} anniversaire du MFPP va dans ce sens

⁷⁷ « préparation à la naissance et à la parentalité », recommandations de la HAS, novembre 2005

psychoaffectif des enfants. Cet entretien est inclus dans les recommandations professionnelles de la HAS en 2005⁷⁸. Lorsqu'il fait apparaître des éléments qui peuvent avoir un impact négatif sur le déroulement de la grossesse et donc sur le futur nouveau-né (alcool, tabac, dépression, stress, environnement social, pathologie médicale), l'entretien doit conduire à des recommandations, des conseils individualisés, à une orientation spécialisée ou à une surveillance particulière. Ce suivi est aussi important, si ce n'est plus que le repérage et/ou le dépistage qui, seuls, n'ont pas d'intérêt (voir plus loin).

Pour ce faire, la mission propose donc :

- d'informer systématiquement les femmes sur cet entretien, ce qui pourrait être fait par les réseaux de périnatalité.
- d'inscrire cet examen et l'organisation de ses suites dans les missions de la PMI en précisant qu'il doit être systématiquement proposé
- de faire figurer cette consultation qui doit être assurée par un professionnel de la naissance (sage-femme ou médecin) dans le cadre des examens obligatoires de suivi de grossesse prévu par le décret n° 92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens prénuptiaux, pré et post natal.
- de mettre en place des formations de sages-femmes à cet examen, comme celle qui est en cours d'organisation dans l'Hérault et dans le Calvados.
- d'assurer le remboursement, par l'assurance maladie, de cet acte à la PMI, comme lorsqu'il est réalisé par des sages-femmes libérales et hospitalières, ce qui permettra de recruter le personnel nécessaire pour sa mise en oeuvre.
- de renforcer les réseaux de périnatalité dans le sens des orientations du cahier des charges national des réseaux périnatalité⁷⁹ c'est-à-dire d'une amélioration de la prise en charge psychosociale pendant la grossesse et du suivi des nouveau-nés en risque. L'organisation de procédures permettant d'informer les femmes enceintes sur les conditions dans lesquelles elles peuvent bénéficier de l'entretien du quatrième mois est une tâche prioritaire. La PMI pourrait apporter une contribution importante à l'efficacité du réseau pour le suivi des suites qui doivent être données aux entretiens.

3.1.3.3 La protection infantile

La PMI, qui assure une prise en charge globale et un suivi régulier de la santé des enfants, dans le cadre d'une couverture universelle peut, sans risque de stigmatisation ni de parcellisation de son action, intervenir davantage sur le champ de la prévention précoce et donc du dépistage. Mais, comme pour l'entretien du 4ème mois, l'efficacité de la prévention précoce dépend de la capacité à assurer un suivi de ces examens ". Le pire serait de repérer les enfants sans leur offrir autre chose qu'une place sur une liste d'attente".⁸⁰

La mise en œuvre de cette politique ne doit pas reposer sur la seule PMI. Mais concrètement, pour ce service, cela signifie :

- de flécher et d'organiser clairement ces consultations aux âges clés préconisés par l'HAS : 4 mois, 9 mois, 2 ans, 3 ans, 4 ans et éventuellement 6 ans si la visite obligatoire dont est chargée la médecine scolaire n'est pas effectuée,

⁷⁸ Rapport de la HAS "préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)" de novembre 2005

⁷⁹ circulaire N° DHOS-CNAMTS du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé de périnatalité

⁸⁰ Audition de N Maestracci dans le rapport de Mme Péresse sur le projet de loi réformant la protection de l'enfance. (rapport n°3256 Assemblée nationale)

- de généraliser les bilans des 3-4 ans, comme le prévoit le projet de loi sur la protection de l'enfance sous réserve des conditions de mise en œuvre soulignées supra,
- de former les professionnels à ces dépistages en mutualisant les bonnes pratiques à travers l'établissement de référentiels à définir entre les personnels des services de PMI qui sont sur le terrain et l'HAS,
- que la PMI puisse s'investir, comme le font déjà certains centres, dans l'accompagnement du suivi par les familles des troubles dépistés.

Il s'agit là d'une nouvelle mission, implicite jusqu'ici, mais qui devrait figurer dans la loi. A titre expérimental, dans un premier temps, la PMI aurait une mission d'animation de la relation entre l'ensemble des acteurs médicaux et para-médicaux qui interviennent lorsqu'un trouble est repéré lors d'une consultation de PMI, ou lors d'un bilan en école maternelle⁸¹ Pour faciliter l'accès au diagnostic ou en garantir la prise en charge, la PMI pourrait se voir reconnaître un droit de prescription limitée et qui, pourrait conduire à la rémunération des actes prescrits. Ce dispositif s'inspirerait la pratique qui été mise en place en Meurthe-et-Moselle pour les consultations d'orthophonie. Il fonctionnerait sur la base de conventions liant l'assurance maladie et la PMI et dans des conditions analogues à celles du dispositif de prise en charge de prestations dérogatoires des réseaux financés par la DDR, permettant le remboursement des actes aux familles. La mise en place de ce suivi devrait s'appuyer sur les nouveaux systèmes d'information en articulant l'informatisation du carnet de santé et le futur DMP (dossier médical personnel) à l'instar de ce qui est fait pour le dossier communiquant en cancérologie (DCC).

Cette orientation implique un temps de travail supplémentaire affecté à ce suivi et aux multiples relances et vérifications qu'il exige (recrutement éventuel de psychologues, psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes) mais aussi une intensification de ses liens et ses réseaux avec les médecins de la ville, de l'hôpital, des CMP et des CMPP (mais aussi avec la médecine scolaire) pour que les bilans soient suivis d'une prise en charge par les spécialistes compétents : ophtalmologues, médecins ORL, neurologues, psychiatres, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, kinésithérapeutes, diététiciens, dentistes. Des réunions pluri-professionnelles doivent aussi être prévues pour les enfants les plus en difficulté, avec la participation des services sociaux.

➤ Les enfants en situation de handicap

Au niveau national⁸² le plan de périnatalité mentionne que "*les nouveau-nés en risque de développer un handicap ne bénéficient pas toujours d'un suivi et d'une prise en charge adaptée à long terme. Or, outre le soutien indispensable qu'elle constitue pour les parents, une action médico-sociale précoce peut permettre de limiter la survenue d'un handicap ou son aggravation*".

⁸¹ Cette proposition s'inscrit dans les orientations du Haut Conseil de l'Assurance Maladie dans son avis du 15 novembre 2004 sur le thème « Assurance maladie et prévention » : « Il paraît essentiel d'insérer l'intervention des professionnels libéraux - et par exemple la consultation périodique de prévention créée par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique - dans une forme de mandat d'ensemble qui offrirait au praticien, outre sa rémunération spécifique, les éléments de formation, les protocoles et recommandations, techniques, et l'insertion dans un réseau pluridisciplinaire »

⁸² Le plan périnatalité 2005-2007 précise que 15.000 enfants naissent avec un handicap chaque année, dont 7.500 avec des déficiences sévères. Près de la moitié de ces handicaps est d'origine périnatale, soit 3 à 4000 naissances par an.

La mission fait les suggestions suivantes :

- au plan national, l'élaboration, sous l'égide de la Caisse nationale pour l'autonomie (CNSA), d'une cartographie d'implantation des CAMSP, en complémentarité des centres de néonatalogie et la mise en place d'un plan pluriannuel de création ou d'extension de structures dans les départements déficitaires
- au plan local, la redéfinition des partenariats existants, souvent informels, par la conclusion de conventions permettant de les formaliser, entre les maternités, publiques et privées, la PMI, la pédopsychiatrie et les CAMSP, en précisant notamment le rôle des professionnels de la PMI dans le fonctionnement de ces partenariats
- l'organisation de la mixité des salles d'attente des services de PMI en les adaptant à l'accueil des enfants handicapés⁸³ et l'inscription systématique des services de PMI dans le fonctionnement des maisons départementales du handicap.

➤ Les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance

Les enfants confiés à l'ASE sont particulièrement vulnérables et leur développement doit faire l'objet d'un suivi spécifique. Les évaluations faites par les départements⁸⁴ qui ont mis en place un dispositif de suivi sanitaire des enfants qui leur sont confiés montrent l'efficacité qui peut être obtenue quand la PMI et l'ASE travaillent ensemble. Outre les évaluations à l'entrée dans le dispositif, le suivi dans les familles d'accueil et surtout dans les établissements de l'enfance (notamment ceux que le département gère directement) s'avère particulièrement utile.

3.2 Repositionner la PMI dans les politiques nationales

Dans le domaine de la PMI, les responsabilités sont partagées entre d'une part l'Etat et l'assurance maladie et les départements de l'autre. Pour une part de leur action, les collectivités locales sont donc en position d'opérateurs des politiques nationales. Cette situation crée une exigence de partenariat entre tous les acteurs qui interviennent dans ce domaine.

Or, dans la réalité, il existe des cloisonnements qui sont pénalisants pour assurer la continuité des interventions en matière de prévention médico-sociale et rend difficile la mise en œuvre des politiques nationales. Elle conduit à limiter les échanges de bonnes pratiques entre opérateurs. Pour surmonter ces difficultés, la mission ne préconise pas de « recentraliser » un service dont la qualité essentielle réside dans son lien avec les politiques sociales décentralisées et sa présence territoriale au plus proche des usagers. En revanche, elle suggère d'intégrer davantage la PMI dans les politiques nationales, et d'accompagner le développement de la qualité dans ses interventions.

3.2.1 *Rendre plus lisible la politique nationale et régionale de promotion de la santé des enfants et y associer les services de la PMI*

L'expérience des plans successifs en matière de périnatalité a montré l'importance de la définition d'orientations au niveau national pour créer une dynamique de progrès et faciliter la coopération entre tous les acteurs. Or, à la différence de ce qui a été réalisé dans le champ

⁸³ Cf. rapport de site du département du Calvados

⁸⁴ Paris, Maine et Loire et récemment le Finistère.

de la périnatalité, il n'y pas eu au niveau national de définition d'objectifs concernant l'enfance : la politique de santé publique définie et formalisée dans le rapport annexé à la loi du 9 août 2004 et traduite en 100 objectifs et quatre programmes prioritaires n'a pas comporté la définition d'une approche globale pour l'enfance.

La mission estime utile de formaliser, dans un document unique qui pourrait constituer un cinquième programme prioritaire de la santé publique, des objectifs concernant la santé des enfants et des adolescents qui sont aujourd'hui dispersés dans de multiples plans ou programmes nationaux⁸⁵. Reprenant en cela une des douze propositions d'actions de la Commission d'orientation des Etats Généraux de la Prévention⁸⁶, la mission préconise :

- de compléter la politique de périnatalité en incluant dans la composition des CRN (commissions régionales de la naissance) tous les services de PMI d'une région,
- de faire élaborer dans chaque région un nouveau volet du PRSP (programme régional de santé publique) en cohérence avec celui du SROS (schéma régional d'organisation sanitaire) consacré aux questions de santé des enfants et des adolescents. L'expérience acquise notamment en région Ile-de-France au moment de la préparation du PRSP, à laquelle la PMI a été associée, pourrait être reprise dans les autres régions.
- d'assurer une articulation entre la PMI et les GRSP (groupements régionaux de santé publique), soit par la participation directe au GIP soit par des conventions passées entre le GRSP et chacun des conseils généraux de la région.

Pour suivre la politique nationale de la santé des enfants, un Conseil national de la politique de l'enfance pourrait être créé sur le modèle de la commission nationale de la naissance. Il aurait pour mission :

- de suivre la réalisation des objectifs du programme national sur la santé des enfants évoqué plus haut,
- de faciliter la mise à disposition des informations relatives à l'activité, aux moyens et au public du service de PMI et d'établir des comparaisons entre départements,
- de permettre les échanges de bonnes pratiques et d'organiser des rencontres régionales et nationales,
- d'être un centre de ressources sur les études et les outils, et d'apporter son concours à l'évaluation des actions en lien avec les agences comme la future agence de l'évaluation sociale et médico-sociale
- de favoriser les liens et les partenariats entre les acteurs de cette politique : secteur libéral, secteur hospitalier, assurance maladie.

Il serait composé de représentants des administrations de l'Etat concernées, de l'assurance maladie, des conseils généraux. Il associerait les représentants des secteurs hospitalier et libéral, des professions, des usagers, des ordres et de sociétés savantes, suivant le modèle de l'arrêté du 11 juillet 2005 pour la CNN. Sous l'égide du Conseil et de la DGAS, de la DGS et de la délégation interministérielle à la famille, qui en assureraient le secrétariat, serait mis en place un réseau extranet accessible pour tous les services de l'Etat, des collectivités locales qui participent à la politique de l'enfance et notamment aux activités de prévention médico sociale précoce. Cet outil serait d'abord utilisé pour faciliter les échanges de pratiques.

⁸⁵ Par exemple dans le deuxième programme national « nutrition-santé »-2006/2010, qui évoque à de multiples reprises l'action des services de PMI

⁸⁶ proposition 11 « lancement d'un programme centré sur la jeune mère et la petite enfance » dans rapport d'étape « stratégie nouvelle de prévention » Commission d'Orientation Prévention présidée par le Docteur Jean François Toussaint septembre 2006

3.2.2 Intégrer la PMI décentralisée dans ces politiques

➤ par l'accompagnement au développement de la qualité

- avec l'appui de l'INPES qui prendrait en compte les besoins des services de PMI dans ses programmes de travail (par exemple la création des outils destinés aux professionnels qui mettront en œuvre l'entretien du quatrième mois et aussi leur formation). Cette orientation devrait prendre place dans le futur contrat d'objectifs et de moyens de l'INPES,
- avec l'appui de la HAS, qui a beaucoup développé son intervention sur les thèmes de périnatalité et de santé des enfants⁸⁷ mais sans qu'à ce stade cela conduise à un véritable accompagnement des services de PMI pour le développement de la qualité et la recherche de performance.

L'HAS pourrait être sollicitée pour approfondir ou établir des référentiels de bonnes pratiques sur des sujets comme l'entretien du quatrième mois et le bilan en école maternelle. Elle pourrait engager une démarche visant à définir un référentiel de performance pour les services de PMI comportant la définition d'indicateurs de performance et leurs valeurs cibles dans différents contextes d'action. Ce travail pourrait déboucher, après une phase d'expérimentation, sur une forme de labellisation de services de PMI. Une démarche analogue a été engagée pour certains médecins salariés (médecins du travail, médecins conseils des caisses, médecins des centres de santé). Il s'agit de démarches intermédiaires entre l'accréditation des structures et l'EPP (évaluation des pratiques professionnelles). Il est possible de transposer à la PMI ce qui a été fait par exemple sur les centres de santé avec la fédération des centres de santé.

La mission préconise que la DGS, la DGAS et l'ADF saisissent conjointement la HAS afin que celle-ci inscrive ses travaux à son programme annuel 2007.

- appui de la future agence de l'évaluation sociale et médico-sociale qui devrait être créée par une disposition prévue dans le PLFSS 2007.
- appui de l'ONED (Office national de l'enfance en danger) qui s'oriente de plus en plus vers un travail d'échanges des pratiques

➤ par l'amélioration du traitement des informations

L'amélioration de l'appareil statistique constitue un préalable : le questionnaire de la DREES apparaît très détaillé sur les modes de garde et l'est peu sur les activités de PMI proprement dites. La mission propose d'y intégrer les séances d'actions collectives (nombre de séances et nombre de bénéficiaires). Elle souhaiterait que soit clarifiée avec quelques départements tests la question des consultations mixtes prénatal/planification.

L'exploitation et la publication de ces données par la DREES, irrégulière pour les rubriques qui ne concernent pas les modes de garde, devraient se faire au moins tous les 3 ans. Par ailleurs, l'enquête de la DREES qui devrait être conduite en 2008 auprès des usagers des services de la PMI devrait permettre de disposer des éléments sur la qualité perçue de l'accueil et sur les suites de la prise en charge et le lien avec la médecine de ville.

⁸⁷-rapports de la HAS : « stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme, 2004 ; « sortie précoce après accouchement », préparation à la naissance et à la parentalité 2005 ; « l'entretien du quatrième mois » 2006 ; « l'information des femmes enceintes -conférence de consensus grossesse et tabac » ; « intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte -propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans et de 7 à 18 ans destiné aux médecins généraliste pédiatres et médecins scolaires ».

En ce qui concerne l'état de santé de la mère et de l'enfant, il est important que la DREES réalise une nouvelle publication sur les principaux indicateurs issus des certificats de santé. Dans le cadre du décret d'application de la loi du 6 août 2004 qui rend possible la collecte d'informations individuelles tant au niveau national qu'au niveau départemental, le traitement au niveau national des informations plus précises que celles actuellement disponibles sera possible⁸⁸.

3.2.3 Substituer au système des normes nationales de PMI un pilotage par les objectifs

➤ Le cadre normatif actuel n'est pas satisfaisant

Le cadre juridique très strict, dans lequel s'inscrit la PMI, avec en particulier une prescription impérative concernant la direction du service, les qualifications des personnels et l'édition de normes minimales quantifiées d'activité (un nombre de consultations infantiles, prénatales et de planification) et de personnel (ratios de sages femmes et de puéricultrices)⁸⁹ soulève des questions théoriques qui sont analysées en annexe 10. Dans la pratique, la mission constate que :

- un grand nombre de départements se situent en dessous des normes
- aucune procédure n'a été engagée pour faire respecter ces normes, qu'il s'agisse de recours contentieux (contrairement à la question de la direction du service), de l'exercice par le préfet de son pouvoir de substitution ou du contrôle de la légalité en général.
- seuls un petit nombre de départements ont fait l'objet de contrôle et les rapports qui en ont résulté (par exemple ceux établis par l'IGAS sur contrôle de l'ASE et la PMI dans différents départements) n'ont pas été publiés.

➤ La mission propose de créer un cadre d'objectifs partagés

Il est certain que la suppression de toute norme présente un risque : celui d'être perçu par certains acteurs comme un signe de désengagement ou de désintérêt des pouvoirs publics, justifiant l'abandon ou la réduction de leur engagement dans la PMI. Il convient néanmoins de s'interroger sur l'intérêt de conserver un dispositif normatif qui ne correspond plus à la réalité. Pour ces raisons, la mission propose de supprimer les cinq normes minimales actuelles, discréditées par l'absence d'actualisation, de suivi et de contrôle et de les remplacer par un nouveau dispositif constitué à partir d'un petit nombre d'objectifs fixés par la loi.

Le projet de loi sur la protection de l'enfance, comporte des normes ou objectifs quantifiables :

- réalisation à 100 % chez tous les enfants de 3/4 ans des bilans de santé,
- mises à disposition systématique des personnels au moment des déclarations de grossesse et de naissance
- généralisation de l'entretien du 4^{ème} mois et de son accompagnement.

Il conviendrait de leur ajouter des objectifs établis par la DGS et la DGAS, administrations en charge des objectifs de santé publique et de la protection de l'enfance, en lien avec l'Assemblée des départements de France et les représentants de la profession :

⁸⁸ comme, par exemple, le recours aux césariennes, la prématurité ou l'hypotrophie selon l'âge ou la profession de la mère.

⁸⁹ On limitera la discussion au problème des normes minimales (actuellement 3 normes d'activité, 2 normes de personnel), la question de la direction du service ayant été traitée plus haut et les autres obligations n'étant pas quantifiées.

- pourcentage de la population touchée par une activité des services de PMI
- pourcentage d'enfants chez lesquels le dépistage a été suivi d'une prise en charge
- participation de la PMI aux réseaux de santé
- des objectifs traduisant la mise en œuvre de grandes politiques nationales en matière de périnatalité et de promotion de la santé des enfants. Ainsi, par exemple, en matière de planification et d'éducation familiale, les objectifs pluriannuels de la loi de santé publique de 2004 constituent un cadre opérationnel et devraient être déclinés au niveau départemental. Ce cadre pourrait être complété, dans chaque schéma départemental de l'enfance, par un objectif quantifié de jeunes devant bénéficier des actions d'information sur la contraception et la sexualité.

L'ensemble de ces objectifs serait décliné au niveau local dans le cadre d'un dialogue renoué entre l'Etat et l'assurance maladie d'un côté et les départements de l'autre. La mission préconise la mise en place de nouvelles conventions avec les CPAM pour assurer une égalité de traitement financier entre les départements, le soutien aux démarches d'amélioration de la qualité et d'implantation de référentiels et la mise en œuvre des objectifs de la PMI.

Préalablement une convention cadre serait établie entre l'UNCAM et l'ADF. Elle serait le cadre contraint des conventions passées entre chaque conseil général et la CPAM pivot désigné à cet effet par l'UNCAM.

Par ailleurs, le Fonds national de protection de l'enfance que l'article 17 du projet de loi relatif à l'enfance prévoit de mettre en place avec un financement mixte Etat/CNAF devrait indiquer ces objectifs.

La mise en œuvre des actions correspondant aux objectifs devrait être vérifiée par des évaluations périodiques et des contrôles.

Dans ce cadre, la mission considère comme possible et souhaitable le passage à un dispositif moins normatif et davantage fondé sur des objectifs quantifiés, faisant l'objet d'évaluations et de contrôles rendus publics.

3.2.4 Renforcer le contrôle interne et externe sur les activités de PMI

Actuellement, les services de PMI font l'objet d'un contrôle externe par l'IGAS mais aussi de plus en plus en plus souvent de procédures de contrôle interne au sein des collectivités départementales de rattachement. L'IGAS assure les contrôles de tous les services qui concourent à assurer la protection sanitaire et sociale de la population, dès lors qu'ils bénéficient de financements publics. De plus l'article L. 221-9 du CASF dispose expressément que « *le contrôle du service de l'aide sociale à l'enfance est assuré par l'inspection générale des affaires sociales* ». L'IGAS peut donc procéder et a procédé à des contrôles des services départementaux de PMI et ce, avec ou sans l'appui des inspections des services déconcentrés.

Dans l'avenir la mission préconise de développer les contrôles pour assurer un suivi des objectifs fixés par la loi, si le schéma proposé plus haut est suivi. Ces contrôles pourraient aussi relayer l'action de la HAS. Des contrôles thématiques, comme ceux qui sont conduits par l'IGAS sur l'ASE présentent l'avantage de valoriser les bonnes pratiques et de réaliser un "benchmarking" - dont d'ores et déjà les départements visités par la mission sont très demandeurs.

Actuellement la diffusion et la mise sur des sites permettant l'accessibilité totale (site de la documentation française) des rapports de l'IGAS sont laissées à l'appréciation des ministres. Il serait souhaitable que, concernant la PMI, services offerts à l'ensemble de la

population, les rapports soient désormais systématiquement rendus publics. L'ADF et tous les départements visités y sont favorables.

3.3 Améliorer le pilotage et l'animation des services de PMI et adapter leurs ressources à l'évolution des activités

3.3.1 Définir des objectifs pour les services à partir d'études d'évaluation et d'analyse des besoins

La mise en œuvre des orientations proposées supra serait facilitée si elles étaient traduites en objectifs opérationnels pour les services, c'est-à-dire sous forme des schémas directeurs ou des plans stratégiques. Il s'agirait de clarifier les cibles prioritaires de l'action des services : par exemple identification des publics vulnérables et des besoins, en vue de réallouer les ressources, de développer ou, d'implanter des services et d'horaires d'ouverture. Ces orientations devraient être déclinées dans des objectifs annuels, élaborés et suivis à travers un dialogue efficace des responsables avec les services sur le terrain mais aussi avec les organismes associatifs ou hôpitaux à qui est déléguée la mise en œuvre de certaines activités

Pour mettre en œuvre ces démarches et faire émerger une culture de l'évaluation, il est très nécessaire que tous les départements renforcent leurs capacités d'études, notamment sur les bénéficiaires, mais aussi sur les études épidémiologiques, sur les activités, et les coûts. Il s'agit notamment d'élaborer et de suivre des indicateurs de performance permettant les comparaisons entre services.

Du point de vue de la mission, ces préconisations jointes au concours de l'HAS, de l'INPES et des GRSP, pourraient améliorer l'évolution le management des services et réduire les tensions apparues du fait du débat déjà évoqué supra sur la territorialisation de services et le souhait des personnels de maintenir un lien hiérarchique direct entre le médecin responsable de PMI et les équipes de terrain. C'est pourquoi la mission ne propose pas à court terme de modifier les textes qui prescrivent des normes d'organisation et en particulier l'article L. 2112-1 qui prévoit que le service est placé sous la responsabilité d'un médecin.

3.3.2 Développer la transparence sur les activités et des coûts

Une transparence accrue est indispensable pour que les services puissent se positionner par rapport à leurs objectifs et mesurer leurs résultats. Elle est nécessaire aussi pour suivre la performance dans les services délégués. Pour ce faire, il est très souhaitable que soient développés des systèmes d'information moderne permettant de traiter et de diffuser l'information pour l'ensemble des parties prenantes. Cela suppose que ces systèmes soient construits au plus près des besoins des professionnels de terrain. Plus précisément le recueil d'informations, pour être réalisé par les professionnels, nécessite plusieurs préalables :

- une réflexion interne associant les professionnels de terrain pour déterminer la nature des données intéressantes à recueillir pour suivre la politique de la protection maternelle et infantile ;
- l'élaboration de tableaux de bord faciles à remplir et fiables pour que le recueil ne conduise pas à une surcharge de travail des professionnels et puisse être réaliser « en routine » ;
- l'organisation du retour d'information vers les professionnels qui alimentent la base de données pour les motiver au recueil et leur permettre d'analyser leurs pratiques ;

- la mise à disposition des professionnels de la PMI d'outils informatiques simples à utiliser.

Le système d'information permettant le suivi de l'activité des professionnels doit s'appuyer sur les dossiers des bénéficiaires car l'activité est définie par la nature de la prestation mais aussi par celle du bénéficiaire. Des initiatives ont été prises par plusieurs départements notamment dans le cadre de la participation à des réseaux (par exemple à travers la réalisation du dossier AUDIPOG pour les réseaux périnatalité) ou pour informatiser le carnet de santé ou créer un dossier partagé entre les services pour chaque bénéficiaire. Elles se sont parfois heurtées à des difficultés tenant aux questions de préservation du secret professionnel. Or, sur ce point, le projet de loi sur la protection de l'enfance contient des éléments nouveaux.

Par ailleurs, la rénovation du carnet de santé permet d'envisager son informatisation (tout en maintenant naturellement un support papier très apprécié des familles). C'est pour quoi la mission préconise de lancer dès que possible des expériences permettant d'intégrer ce carnet de santé informatisé dans le Dossier Médical Partagé (DMP) à l'instar de celui est envisagé et en cours d'expérimentation pour le Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC).

Mais, outre une meilleure connaissance des activités, il faut aussi assurer une réelle transparence sur les coûts. La nouvelle nomenclature comptable M52 permet de mieux les cerner mais elle ne permet pas de faire apparaître le coût complet des activités de PMI dans des conditions homogènes d'un département à l'autre. Il est donc nécessaire développer des outils de comptabilité analytique et de réorganiser la nomenclature budgétaire pour qu'elle fasse mieux apparaître des programmes et des actions concernant spécifiquement la PMI. La mission est consciente qu'il ne saurait être question de transposer mécaniquement et rapidement les concepts de budgétisation par programme qui ont été introduits dans le budget de l'Etat par la LOLF. Mais, en reprenant en cela les préconisations d'un rapport récent de l'IGAS⁹⁰, elle suggère que soit étudiée la mise au point de document de présentation budgétaire faisant apparaître l'intégralité de l'effort mené sur la politique de l'enfance de la famille et au sein de celle-ci l'effort consacré aux activités de PMI. Cette démarche faciliterait le débat budgétaire dans l'assemblée départementale et elle pourrait aussi servir pour le dialogue interne aux services notamment dans le cadre de la fixation des objectifs annuels.

3.3.3 Renforcer les compétences

L'évolution des activités doit conduire à renforcer les compétences des professionnels notamment pour renforcer la prévention médico-sociale précoce et pour s'adapter aux techniques nouvelles (informatisation, développement du conseil téléphonique...). Il faut aussi faire face à un contexte difficile en terme de démographie médicale et para médicale. Il s'agira donc de développer la formation des personnels mais aussi d'orienter différemment les politiques de recrutement. Ces démarches seront facilitées par le très haut niveau de qualification des personnels des services de PMI.

Il faut d'abord faciliter les parcours professionnels de mobilité entre la PMI et les autres composantes du système (donc praticiens hospitaliers (PH) et libéraux). L'harmonisation des conditions de rémunération en est une condition. S'agissant des médecins de PMI, il est souhaitable que soit résorbé le décalage qui s'est créé à partir de 2000 avec les médecins inspecteurs de santé publique (MISP). Pour l'avenir, un effort de rapprochement de leur statut avec celui des praticiens hospitaliers est souhaitable. Les travaux

⁹⁰ Rapport Igas, « les conséquences de la décentralisation sur l'administration de l'Etat » octobre 2006

menés au sein du ministère de la santé dans le cadre du projet de création d'un cadre d'emploi de « *praticiens de santé publique* » commun aux praticiens hospitaliers et aux médecins inspecteurs de santé publique (MISP)⁹¹ devraient intégrer la situation des médecins de PMI. Si ces travaux n'aboutissaient pas dans des délais raisonnables, il serait nécessaire de poursuivre l'amélioration des déroulements de carrière en transposant les dispositions statutaires mises en place pour les MISP en 2000 aux médecins territoriaux, en développant le recours à des contractuels et notamment en facilitant l'arrivée de PH. Les dispositions prises pour faciliter le recrutement de PH dans des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) pourraient servir de référence. Il est nécessaire, par ailleurs, d'augmenter le niveau des vacations pour faciliter le recrutement de médecins généralistes. Enfin, il est souhaitable que soit recherchée une meilleure valorisation des fonctions d'encadrement au sein du service de PMI à travers la mise en place d'un statut d'emploi ou une revalorisation indemnitaire.

Il apparaît aussi très important, notamment pour la mise en place de l'entretien du quatrième mois de faciliter l'arrivée de sages femmes confirmées dans les services de PMI en améliorant les possibilités d'accueil sur les grades les plus élevés. Par ailleurs, la mission suggère, comme cela été indiqué plus haut, que soit étudié le renforcement des effectifs par des recrutements de psychologues. Enfin, comme l'a suggéré un rapport récent de l'Igas, les conditions d'emploi des conseillères conjugales devraient être améliorées.

3.3.4 Adapter les ressources financières

Les ressources financières mobilisées par la PMI sont très différentes d'un département à l'autre sans qu'on puisse se prononcer à ce stade sur l'adéquation entre les besoins et les ressources engagées. Pour l'avenir, le projet de loi sur la protection de l'enfance comporte des orientations nouvelles dont la mise en œuvre ne pourra se faire sans renforcement des moyens. Dans ce but le ministre a annoncé, au cours du débat parlementaire, la création d'un fonds national géré par la CNAF au sein de la branche famille.

La mission s'est située dans le cadre de ces orientations, ce qui la conduit à préconiser le renforcement des ressources des services, même s'il est difficile de définir avec précision à quelle hauteur devrait se situer cette augmentation des moyens : entretien du quatrième mois, renforcement de l'intervention précoce sur les enfants ; généralisation du bilan des 3-4ans, suivi et accompagnement de l'entretien du 4^{ème} mois et des bilans mais aussi revalorisation des rémunérations, notamment celle des médecins. Il est aussi très délicat de fixer la part qui devrait être prise en charge par l'État et l'assurance maladie d'un côté et le département de l'autre, dans la mesure où pour certains départements les normes ne sont pas respectées et où, pour d'autres, les montants inscrits dans la DGD au moment de la décentralisation sont inférieurs aux dépenses constatées sur la PMI. Il faut donc éviter que certains départements ne bénéficient de « double financement » pour une même activité entre la DGD et l'assurance maladie.

Mais l'essentiel des financements nouveaux devrait être le fait du nouveau fonds et de l'assurance maladie. Comme cela a été évoqué supra, les relations avec celle-ci doivent être renouvelées à la fois pour que la PMI s'inscrive davantage dans la politique nationale de santé publique, pour garantir l'égalité de traitement entre les départements sur tout le territoire national mais aussi pour que la PMI soit remboursée à même niveau que les professionnels libéraux et hospitaliers lorsqu'elle met en œuvre des prestations dans des conditions

⁹¹ Rapport Igas, « L'utilisation des compétences médicales permettant à l'état d'assurer ses responsabilités dans le domaine de la santé au niveau local » octobre 2006

identiques à celle du secteur libéral ou des établissements hospitaliers : ainsi par exemple pour l'entretien du quatrième mois. Ces sujets devraient être traités dans la convention cadre déjà évoquée entre l'ADF et l'UNCAM et les nouvelles conventions renégociées entre chaque conseil général et la CPAM de rattachement.

Conclusion générale

Dans un contexte où l'activité de la PMI tend à prendre une orientation plus sociale, la valeur ajoutée proprement médico-sociale de ce service doit être constamment recherchée et défendue. La mission recommande de centrer l'action des services de PMI sur les situations de vulnérabilité (qui ne sont pas uniquement les familles en situation de pauvreté et de précarité) et les très jeunes enfants, de développer la prévention précoce, avec -- ce qui est nouveau --, un accompagnement effectif des suites données aux bilans de santé des enfants et à l'entretien du quatrième mois qui est en cours de mise en place dans le cadre du suivi des grossesses. La mission préconise en outre de renforcer l'intensité des activités de planification et d'éducation familiale, et notamment les actions collectives.

La PMI doit aussi développer sa complémentarité avec les autres acteurs du social et de la santé en développant notamment les actions de soutien à la parentalité et s'impliquant totalement dans la création et l'animation des réseaux de périnatalité et de suivi des enfants ainsi que dans le suivi sanitaire des enfants de l'ASE.

La PMI doit être également repositionnée dans les politiques nationales, car même comme activité décentralisée, la PMI n'en est pas moins une activité de santé publique partagée avec l'État et l'assurance-maladie. Comme la périnatalité, la santé des enfants mériterait de faire l'objet d'un programme national pluriannuel, avec un suivi par un conseil national où les services de PMI et l'ADF seraient largement représentés.

Il est nécessaire que l'État et l'assurance-maladie réinvestissent fortement ce secteur stratégique et que les conventions entre les départements et les caisses soient renégociées sur la base d'une convention cadre nationale.

L'ensemble de ces orientations vise à promouvoir un partenariat renouvelé entre l'Etat, l'assurance maladie et les départements. C'est du point de vue de la mission, la condition essentielle pour répondre aux exigences futures de la protection maternelle et infantile.

Danièle JOURDAIN-MENNINGER

Bernadette ROUSSILLE

Dr. Patricia VIENNE

Christophe LANNELONGUE

Tableau des préconisations

Orientations	Actions
<p>1 Recentrer l'action des services de PMI sur les publics vulnérables de femmes enceintes et des jeunes enfants (en priorité sur les moins de deux ans) :</p> <p>1.1. Cibler davantage sur certains publics</p> <p>1.2. Développer la prévention précoce</p> <p>1.3 Alléger certaines missions de la PMI</p> <p>1.4 Développer la complémentarité avec les autres acteurs du social et de la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - définir des orientations stratégiques dans les schémas départementaux de l'enfance - réviser périodiquement la carte d'implantation et l'affectation des ressources en fonction de l'évolution des besoins - renforcer le suivi sanitaire des enfants de l'ASE - améliorer le suivi des enfants de 0 à 2 ans - généraliser le bilan à 3/4 ans - engager les services de PMI dans la mise en place de l'entretien du quatrième mois - donner à la PMI la possibilité et les moyens de prescrire et d'accompagner les suites des bilans de santé des enfants et de l'entretien du 4^{ème} mois - revoir les modalités de suivi des assistantes maternelles - développer les actions collectives, soutien à la parentalité, éducation à la vie et information sexuelle - renforcer l'intégration de la PMI dans les réseaux périnatalité, et réseaux ville-hôpital - créer ou participer à des réseaux pour assurer le suivi des enfants en utilisant la capacité de prestation dérogatoire des réseaux - développer la mise en place de réseaux sur l'enfance pour mieux articuler l'action de la PMI avec celles des CAMSP, des maisons du handicap, et des secteurs et inter secteurs de psychiatrie

<p>2 Améliorer le pilotage et l'animation des services de PMI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - définir des objectifs pour les services à partir d'études épidémiologiques et d'analyse des besoins - renforcer le suivi de l'activité, des coûts et des bénéficiaires - mettre en place des indicateurs pour suivre la performance des services - développer la transparence sur les activités et les coûts - renforcer les compétences et faciliter les passerelles - adapter les ressources financières
<p>3 Repositionner la PMI dans les politiques nationales de l'Etat, des instances nationales d'évaluation et de l'assurance maladie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - élaborer un plan de santé des enfants dans l'esprit de la loi de santé publique - mettre en place un Conseil national de la politique de l'enfance - réaffirmer une politique nationale concernant la planification et l'éducation familiale et élargir la compétence des CEPF - développer l'accompagnement des démarches qualité et le soutien à l'échange de bonnes pratiques par les instances nationales DREES, HAS, INPES, ONED et l'Agence d'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux - remplacer l'inscription de normes dans la loi par une méthodologie d'objectifs et de performance et procéder à des évaluations et des contrôles largement diffusés - mettre en place de nouvelles conventions financières entre l'assurance maladie et chaque PMI sur la base d'une convention cadre - modifier le décret n° 62-924 du 3 août 1962 pour que l'adresse des parents figure sur les extraits d'actes de naissances - modifier le décret n° 92-143 du 14 février 1992 pour y inclure l'entretien du 4^{ème} mois de grossesse.

Etude sur la protection maternelle et infantile en France

Rapport de synthèse

Tome II/III - Annexes

Rapport présenté par :

***Danièle JOURDAIN-MENNINGER, Bernadette ROUSSILLE
Dr. Patricia VIENNE et Christophe LANNELONGUE***

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Rapport n°RM2006-163P
Novembre 2006***

Etude sur la protection maternelle et infantile en France

Rapport de synthèse

Tome II/III - Annexes

Rapport présenté par :

***Danièle JOURDAIN-MENNINGER, Bernadette ROUSSILLE,
Dr. Patricia VIENNE et Christophe LANNELONGUE***

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé.***

***Rapport n° RM2006-163P
Novembre 2006***

Liste des annexes

- Annexe 1 Lettre de saisine du ministre de la santé et des solidarités et du ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille
- Annexe 2 Liste des personnes rencontrées contactées dans le cadre du rapport de synthèse
- Annexe 3 Sigles et abréviations
- Annexe 4 Questionnaires de la mission aux services départementaux de la PMI
- Annexe 5 Données statistiques sur la PMI – Tableaux et cartographies (Source DREES)
- Annexe 6 Eléments sur le coût de la PMI au plan national
- Annexe 7 Données sur la participation de l'assurance maladie aux activités de PMI
- Annexe 8 Les missions des services départementaux de PMI
- Annexe 9 L'application des normes d'activité et de personnel
- Annexe 10 La question du cadre normatif de la PMI
- Annexe 11 Evolution des indicateurs de santé
- Annexe 12 Les activités de la PMI en direction des assistantes maternelles

Annexe 1 - Lettre de saisine du ministre de la santé et des solidarités et du ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille

Ministère délégué à la Sécurité Sociale,
aux Personnes Agées, aux
Personnes handicapées et à la Famille



3
Ministère de la Santé et des Solidarités

FXR/MGD/D.1648

Paris, le

20 FEV. 2006

Le Ministre de la Santé et des Solidarités

Le ministre délégué à la Sécurité Sociale,
aux Personnes âgées, aux Personnes
handicapées et à la Famille

à

Madame la Chef du Service de
l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Objet : mission d'étude sur la Protection maternelle et infantile (PMI)

Le rôle essentiel de la PMI est reconnu depuis longtemps. Il a d'ailleurs été récemment souligné dans le plan périnatalité. La réforme de la protection de l'enfance que nous avons lancée se doit d'intégrer des préconisations opérationnelles à son égard.

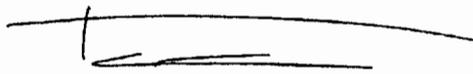
L'IGAS a réalisé au cours de ces dernières années le contrôle des services de PMI de plusieurs départements. Les constats présentés dans ses rapports montrent une grande hétérogénéité dans les objectifs fixés par les départements mais aussi, dans certains cas, la difficulté à couvrir le champ des missions légales.

L'existence de tels écarts conduit à s'interroger sur la pertinence de la formulation des normes réglementaires et sur les moyens à mettre en œuvre pour qu'elles soient respectées. Afin d'assurer l'accessibilité à la santé la plus large possible pour les assurés sociaux ou les bénéficiaires de la CMU, il peut également être justifié de revoir la finalité et le cadre de la politique de PMI.

A partir d'une étude actualisée des conditions et des résultats de la politique de PMI dans plusieurs départements, vous proposerez les axes fondamentaux d'une politique renouvelée en terme de missions et d'obligations, ainsi que les modalités à développer pour assurer son rôle clé dans le domaine de la prévention, notamment au regard de la protection de l'enfance.

Nous souhaitons recueillir vos premières conclusions début mars et recevoir votre rapport définitif d'ici à juin 2006.


Philippe BAS


Xavier BERTRAND

Annexe 2 – Liste des personnes rencontrées ou contactées dans le cadre du rapport de synthèse

PERSONALITES ET ORGANISMES NATIONAUX**Cabinet du Ministre de la Santé et des Solidarités :**

Monsieur le professeur Roland SAMBUC, responsable du pôle santé publique
Madame le professeur Danièle SOMMELET, chargée par le ministre de la santé d'une mission sur la santé des enfants
Monsieur le Docteur Jean François TOUSSAINT président de la commission d'orientation pour la préparation des états généraux de la prévention

Cabinet du Ministre délégué à la sécurité sociale aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille :

Monsieur ROUXEL, directeur adjoint du cabinet.
Madame Fabienne QUIRIAU, Conseillère technique

Direction générale de la santé (DGS)

Monsieur Didier HOUSSIN, directeur général
Monsieur Didier EYSSARTIER, chef de service
Madame LE QUELLEC NATHAN, sous directrice SD 5
Madame Carole CRETIN, SD 5D
Madame Brigitte LEFEUVRE, SD 5 D
Madame Nicole MATET, SD 6 D
Madame Jacqueline PATUREAU, SD 5 D
Madame Catherine PACLOT, SD 5 D
Madame Anne Marie SERVANT, SD 6D
Madame Bessa ZINA, SD6 D

Direction générale de l'action sociale (DGAS)

Monsieur TREGOAT, directeur général
Madame Mireille GAUZERE, chef de service
Madame Florence LIANOS, sous-directrice Ages de la vie
Madame Brigitte LEFEVRE, bureau enfance famille
Madame Guillemette RABIN COSTY, bureau enfance famille

Direction de l'hospitalisation (DHOS)

Madame Myriam REVEL, sous directrice de l'organisation des soins
Madame Martine LEVINE, adjointe à la sous directrice organisation des soins
Madame Perrine RAME MATHIEU

Direction de la sécurité sociale (DSS)

M Jean-Philippe VINQUANT, sous directeur financement
Monsieur Etienne CHAMPION, Chef du bureau
Madame Anne MOUTEL chargée de mission
Madame Laure PRESTAT chargée de mission

ANNEXES

Direction de la recherche de l'évaluation des études et des statistiques (DREES)

Madame Mireille ELBAUM, directrice
 Monsieur Philippe CUNEO, chef de service
 Madame Nicole ROTH, sous directrice
 Monsieur Jean Baptiste HERBET, chef du bureau
 Madame Joëlle Chazal
 Madame Annick Villain

Délégation Interministérielle à la Famille (DIF)

Madame Hélène SIAVELLIS, chargée de mission

Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAMTS)

Madame Catherine BISMUTH, directrice du département prévention
 Dr LAPORTE, Département de la réglementation
 Madame METZEN YVARS, Département de la prévention
 Madame PUECH (DDO/DAR)
 Madame Joëlle Guilhot

Ministère de l'Intérieur Direction générale des Collectivités Locales (DGCL)

Monsieur Jean Christophe MORAUD, sous directeur des finances
 Monsieur Jean-Luc Heller
 Monsieur Sebastien Creusot
 Monsieur Thierry Mosimann
 Monsieur Teillard, rédacteur, chargé des questions de santé
 Monsieur Creusot, adjt au chef de bureau, financement des transferts de compétence,
 Monsieur Heller, chef du département des études et statistiques locales

Haute Autorité de Santé (HAS)

Monsieur Alain COULLOMB, directeur général
 Monsieur Patrick DOSQUET

Institut National pour l'Education à la Santé (INPES)

Monsieur Philippe LAMOUREUX, Directeur général
 Monsieur Michel DEPINOY
 Madame Véronique ESPERANDIE
 Madame Annie Claude MARCHAND
 Monsieur René DE MEULE MESTER

Association des Départements de France (ADF)

Monsieur Bernard Cazeau, sénateur, président de la commission PMI
 Monsieur Jean Michel RAPINAT, directeur des services

Ordre national des médecins

Madame le Docteur Irene Kahn Bensaude membre du conseil national de l'ordre des
 médecins

Syndicat national des médecins de PMI (SNPMI)

Madame BELLAS – CABANE, présidente
Monsieur Pierre SUESSER, trésorier

Organisation nationale des syndicats de sage-femmes:

Madame F Dauphin, présidente
Madame F Cialone, secrétaire générale

Association nationale des puéricultrices (ANDP) :

Madame DORBES, présidente
Madame COUTUREAU, vice-présidente
Madame LFEUERE, commission PMI

Annexe 3 – Sigles et abréviations

Sigles et abréviations

ADF : assemblée des départements de France
 AFEAMA : aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée
 ANDASS : association nationale des directeurs d'action sociale et de santé
 ANPE : agence nationale pour l'emploi
 API : allocation parent isolé
 ARH : agence régionale d'hospitalisation
 ASE : aide sociale à l'enfance
 ASSMAT : assistantes maternelles
 CADA : centre d'accueil des demandeurs d'asile
 CAF : caisse d'allocations familiales
 CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce
 CAS : circonscription d'action sociale
 CASF : code de l'action sociale et des familles
 CCAM : classification commune des actes médicaux
 CCASS : centre communal d'action sociale
 CDOSF : conseil de l'ordre des sages-femmes
 CEPF : centre d'éducation de planification familiale
 CES : certificat d'études spécialisées
 CESC : comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
 CHR : centre hospitalier régional
 CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale
 CHU : centre hospitalier universitaire
 CMU : couverture maladie universelle
 CRN : commission régionale de la naissance
 CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
 CNN : commission nationale de la naissance
 CP : consultations prénatales
 CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
 CSP : code de la santé publique
 CSS : code de sécurité sociale
 DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
 DDR : dotation de développement des réseaux
 DGAS : direction générale de l'action sociale
 DGS : direction générale de la santé
 DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
 DPM : dossier médical partagé
 DPMIS : direction de la protection maternelle et infantile et de la santé
 DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales
 DRESS : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
 DU : diplôme universitaire
 EPI : entretien précoce individuel
 ETP : équivalent temps plein
 GCS : groupement de coopération sanitaire
 GRSP : groupement régional de santé publique
 HAS : haute autorité de santé
 IGAS : inspection générale des affaires sociales

IMC : indice de masse corporelle
INPES : institut national de la prévention et de l'éducation à la santé
IVG : interruption volontaire de grossesse
LOSP : loi d'orientation en santé publique
MAP : menace d'accouchement prématuré
MFPF : mouvement français pour le planning familial
MGEN : mutuelle générale de l'éducation nationale
MSA : mutualité sociale agricole
ODAS : observatoire national de l'action sociale centralisée
ONED : observatoire national de l'enfance en danger
OMS : organisation mondiale de la santé
PAJE : prestation d'accueil des jeunes enfants
PF : placement familial
PMI : protection maternelle et infantile
PNNS : programme national nutrition santé
PRS : programme régional de santé
RAM : relais des assistantes maternelles
RC : responsable de circonscription
REAPP : réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents
RMI : revenu minimum d'insertion
SF : sage femme
SROS : schéma régional d'organisation sanitaire
T2A : tarification à l'activité
THADA : troubles de l'hyperactivité avec déficit de l'attention
TISF : travailleuse en intervention sociale et familiale
UNCAM : union nationale des caisses d'assurance maladie
URCAM : union régionale des caisses d'assurance maladie
URML : union régionale des médecins libéraux
VAD : visite à domicile
ZEP : zone d'éducation prioritaire

**Annexe 4 – Questionnaire de la mission aux services départementaux de
PMI**

ENQUÊTE IGAS AVENIR DE LA PMI : QUESTIONNAIRE POUR LES SERVICES DU CONSEIL GENERAL DU DEPARTEMENT DE ...

1 DONNEES GENERALES SUR LE DEPARTEMENT DE X

Tableau 1. Données démographiques

	1990	2002	2003	2004
Population totale				
Nombre d'habitants de 15 à 50 ans				
Nombre d'enfants de moins de 6 ans				
Part des 0-20 ans				
Taux de natalité (pour 1000)				
Nombre d'enfants nés vivants de parents résidant dans le département				

Tableau 2. Caractéristiques sociales

	1990	2002	2003	2004
Taux de chômage (décembre)				
Proportion de chômeurs de longue durée (plus d'un an) (décembre)				
Nombre de bénéficiaires du RMI pour 1000 personnes de 20 à 59 ans (janvier)				
Nombre de bénéficiaires de l'API pour 1000 femmes de 15 à 64 ans (janvier)				
Part des bénéficiaires de la CMU complémentaire sur la population totale				
Taux de familles monoparentales				

DONNEES SUR LA SANTE DES FEMMES ET DES ENFANTS

Tableau 3. Données statistiques correspondant à l'article 2112-8 du CSP:

	1990	2002	2003	2004
% de femmes qui n'ont pas eu 7 consultations prénatales				
Nb IVG chez femmes de moins de 18 ans				
Mortalité maternelle				
Nb d'enfants présentant un handicap				
Nb décès d'enfants de moins de 6 ans				

Tableau 4. Autres indicateurs (notamment données issues des certificats de santé des 8ème jours du 24 ème mois etc)

	1990	2002	2003	2004
Mortalité périnatale				
Mortalité infantile				
Naissances survenues avant 37 semaines d'aménorrhée				
Age de la mère : moins de 18 ans et plus de 38 ans pour 1000 enfants				
Taux de césarienne				
Poids à la naissance < à 2500g (pour 1000)				
Allaitement maternel				

<i>Taux de vaccination</i>	1990	2002	2003	2004
DT 3 doses + rappel				
Polio 3 doses + rappel				
BCG				
Rougeole				
Rubéole				
Oreillons				

Tableau 4 Bis Données jugées significatives sur la santé des familles (à sélectionner par les services de la PMI) :

- santé des adultes : alcool, tabac, toxicomanie, obésité, MST, santé mentale
- santé des enfants : saturnisme, obésité, santé mentale...
- maltraitance
- handicap et maladies chroniques chez les enfants.
- pratiques de contraception.

2.DONNEES SUR L'ORGANISATION DES SOINS

Les données concernant l'organisation des soins seront recueillies directement auprès de la DRASS, de l'ARH, de l'URCAM et de l'ORS.

***Les questions sont indiquées aux services de PMI à titre d'information ou de compléments éventuels.**

Les données ci après sont à fournir pour l'ensemble du département mais si possible par territoire de santé (SROS3) ou d'action sociale

2.1. Offre de soins

- médecine de ville et offre de soins primaires :
démographie médicale et paramédicale : nombre de médecins libéraux : généralistes, gynécologues, pédiatres, sage femmes libérales, infirmières libérales, centres de santé,
- hôpital :
données sur les maternités : nombre, lieu d'implantation, catégorie (1, 2 ou 3), nombre d'accouchements annuels, durée moyenne de séjour
- réseaux de périnatalité ou autres concernant maternité ou enfance :
activités, bénéficiaires potentiels (« cible ») et inclus, établissements et professionnels participants potentiels (« cible ») et inclus
- rôle et organisation de la permanence des soins et des urgences,
notamment organisation et fréquentation de l'urgence pédiatrique
- consultations PASS : lieu, nombre de consultations, nombre de consultants
- intersecteurs de pédopsychiatrie :
nombre de centres, personnel, nombre de consultants
- secteurs de psychiatrie :
nombre de centres, personnel, nombre de consultants
- -autres données éventuelles :

2.2 Actions de prévention dans le département :

- Y a-t-il des programmes régionaux, des actions locales de prévention et d'éducation pour la santé ? Thèmes et opérateurs.
- Y a-t-il des partenaires associatifs dans les domaines de la contraception, de la maternité , de l'enfance ?

2.3 La CMU a-t-elle eu une incidence sur la fréquentation des systèmes de soin?

Les familles "CMU" fréquentent-elles les médecins libéraux?

3 ORGANISATION DU SERVICE DE PMI

3-1 Le pilotage et l'animation : la définition des objectifs

Quels sont les orientations et les objectifs donnés par le Conseil général à la PMI ?

3-2. L'organisation « administrative » des services « centraux » du département

Positionnement du service de PMI dans l'organigramme, notamment par rapport aux autres services du département : ASE, service social.

Y a-t-il des collaborations entre ces services sur des cas communs : familles ou enfants en difficulté, existe-t-il des doubles prises en charge (par exemple par puéricultrice et assistante sociale), comment ces problèmes sont-ils traités ?

Direction du service : par qui est-elle assurée, quel est son rôle, qui sont les relais (E x circonscriptions et /ou centres de PMI par exemple) et avec le « terrain » ?

3-3 L'organisation des services opérationnels

331. Mode d'organisation territoriale :

Taille et dessin des circonscriptions : SVP fournir la carte du département.

Les circonscriptions sont-elles homogènes du point de vue de la population couverte et des moyens alloués ?

Ces circonscriptions sont-elles différentes de celles du service social et de l'ASE ?

Nombre d'unités opérationnelles, de points de consultation (on les désignera par le terme de "centres") et répartition sur le territoire : planification, prénatales, infantiles.

Évolution de la carte d'implantation de ces centres : ouvertures et fermetures depuis 10 ans. .
Y a-t-il eu des réorientations ou des transferts de personnels en fonction des besoins et de leur évolution depuis 1990 ?

Commentaires

332. La politique en matière de délégation de gestion

Pourcentage de centres et de professionnels en régie directe et en régie déléguée (hospitalière, municipale, associative, autres).

Avantages et inconvénients de la gestion déléguée.

Politique suivie dans ce domaine (Ex départementalisation, contrats d'objectifs...)

Commentaires.

333. Les systèmes d'information

Comment le service pose-t-il le problème du suivi de chaque usager ?

Existe-t-il un ou des dossiers type pour suivre les bénéficiaires ?

Svp en fournir à la mission.

Sont-ils consultables par les agents du service ? Lesquels ?

Permettent-ils un travail à plusieurs; ex une famille suivi dans les différents type de consultation, à domicile et à l'école ?

Sont-ils informatisés ?

Y a-t-il des projets dans ces domaines ?

Commentaires

3.4. Les partenariats et les relations "extérieures"

Exemples de partenariats

Ex avec les hôpitaux et cliniques, les réseaux de santé, des associations

Y a-t-il des relations et lesquelles avec :

les services de l'état (services déconcentrés, administrations centrales)

les services de l'assurance maladie (notamment CPAM)

les municipalités

les autres départements, l'ADF, l'ODAS, le réseau IDEAL?

d'autres acteurs ?

Commentaires.

Note d'ordre général

Si possible transmettre des données pour 1990-2002-2003- 2004

Les tableaux demandés sont, en principe, ceux remplis chaque année pour l'ANDASS et la DREES.

4 LE PERSONNEL DE LA PMI

4.1. SERVICES DU SIEGE (en ETP)

Nombre d'agents administratifs en ETP.

Ratio encadrants/ personnels opérationnels (dans les centres)

4.2. SERVICES OPERATIONNELS (en ETP)

Tableau 5

PERSONNELS (en ETP)	1990	2002	2003	2004
MEDECINS				
SAGES FEMMES				
PUERICULTRICES				
INFIRMIERS				
PSYCHOLOGUES				
CONSEILLERS CONJUGAUX				
AUXILIAIRES de PUERICULTURE				
SECRETAIRES				
AUTRES PERSONNELS : précisez				
TOTAL				

A-t-on une idée de la répartition du temps de travail du service de PMI entre

- agrément et contrôle des modes de garde et assistantes maternelles
- consultations de planification
- consultations prénatales
- consultations infantiles ?

Statut et rémunération des personnels : commentaires.

Emplois vacants en nombre et en pourcentage par catégorie.

Y a-t-il des difficultés de recrutement ?

Turn over dans le service.

Grands axes de la politique des ressources humaines.

5. BUDGET ET ANALYSE DE COÛTS

Quelle est la dépense totale de PMI (budget PMI) du département ?

Tableau 6

	1990	2002	2003	2004
BUDGET PMI DU DEPARTEMENT				
Part dans le budget de l'action sociale				
Part dans le budget total du département				

Cette dépense est la somme :

- des dépenses de personnel : du département (administration de la PMI et unités opérationnelles en régie directe)
des centres délégués
- des dépenses de fonctionnement dans les centres en régie directe ou délégués

Elle correspond aux missions de la PMI . Elle n'inclut pas les dépenses facultatives (ex des prestations pour les modes de garde).

Y a t-il des outils de comptabilité analytique et des données permettant d'apprécier la répartition des dépenses entre les 5 blocs de compétences évoqués plus bas ?

Quel est le coût moyen annuel pour la PMI :

- d'un médecin
- d'une puéricultrice
- d'une infirmière
- d'une assistante sociale
- d'une éducatrice de jeunes enfants ?

Quel est le coût moyen pour la PMI :

- d'une visite à domicile par une sage-femme
- d'une visite à domicile par une puéricultrice
- d'un bilan de santé en école maternelle par une infirmière
- d'un bilan de santé en école maternelle par un médecin
- de la consultation du 4^{ème} mois ?

Montant des recettes annuelles de l'assurance -maladie.

Commentaires sur la participation de l'assurance maladie.

Commentaires sur le budget de la PMI et son évolution.

6 LES ACTIVITES DE LA PMI

L'activité est décomposée en cinq blocs.

- 1 - suivi des femmes enceintes consultations, actions et visites prénatales
- 2 - suivi des enfants : consultations, actions, visites, bilans en école maternelle pour les enfants de moins de 6 ans
- 3 - centres de planification,
- 4 - agrément, contrôle des modes de garde et des assistantes maternelles, formation de celles-ci
- 5 - recueil d'informations épidémiologiques

6.1.SUIVI DES FEMMES ENCEINTES

Tableau 7

	1990	2002	2003	2004
Nombre de centres PMI effectuant des consultations prénatales				
Nombre de séances de consultations prénatales*				
Nombre de consultantes vues en consultation				
Nombre de visites à domicile effectuées				
Nombre de femmes vues en visites à domicile				
Nombre de séances d'actions collectives*				

Nombre de séances de préparation à l'accouchement				
Nombre de femmes ayant participé à ces séances de préparation à l'accouchement				
- dont % de femmes primipares				

*** Par séances de consultation on entend demi-journées de consultation (en général 4 heures)**

*** Par actions collectives : les sessions ou réunions organisées sur un thème** sauf la préparation à l'accouchement EX allaitement

Pourcentage de femmes suivies en PMI par rapport au femmes enceintes dans le département (ex naissances de l'année précédente dans le département).

Délais d'attente pour un rendez-vous de consultation.

Durée moyenne de la consultation

Description (cette description peut être qualitative, sans données chiffrées précises) des bénéficiaires, si possible

- du point de vue de l'âge
- du point de vue socio- professionnel
- du point de vue social : migrants, bénéficiaires de minima sociaux

La consultation du 4^{ème} mois :

- Est-elle réalisée actuellement? Par quel type de professionnel ? Auprès de quelles femmes ?
- Quel est le temps de travail affecté à cette tâche ?
- Quels sont les projets éventuels dans ce domaine ?
- Quel personnel supplémentaire impliquerait sa réalisation auprès de 100% des femmes?

Commentaires

- Comment la PMI s'articule-t-elle, avant la naissance, avec les maternités et les réseaux ? Y a-t-il des difficultés pour trouver des lieux d'accouchement pour les femmes enceintes ?

Visites à domicile (VAD) :

- Quel est le pourcentage de femmes suivies à domicile en prénatal par rapport aux femmes enceintes du département ?
- La PMI a-t-elle des systèmes de repérage des femmes à risque sur la base desquels elle décide d'effectuer une VAD ? Lesquels ? Sur quels critères ? Y a-t-il des moments clés (déclaration de grossesse, consultation du 4^{ème} mois...) ?
- Par qui sont-elles réalisées ?
- Fréquence moyenne
- Appréciation sur leur utilité
- Si 100% des femmes enceintes devait bénéficier de VAD, qu'est-ce que cela supposerait comme personnel supplémentaire pour la PMI et quel budget ?

Actions collectives :

- Modalités et thèmes.

Participation de la PMI à des réseaux formels ou informels. Lesquels?

Y a-t-il des données sur l'impact, la qualité du service en prénatal ?

Y a-t-il des données sur la satisfaction de la clientèle ?

Commentaires.

Analyse de quelques cas

Problèmes rencontrés sur ce secteur d'activité, notamment dans l'articulation avec les médecins libéraux, les maternités, les secteurs de psychiatrie.

6.2. SUIVI DES ENFANTS

Tableau 8

	1990	2002	2003	2004
Nombre de centres de PMI effectuant des consultations infantiles				
Nombre de séances (demi-journées) de consultations infantiles				
Nombre d'enfants vus en consultation				
Taux d'enfant vus en consultation par rapport à la classe d'âge				
Nombre de visites à domicile effectuées				
Nombre d'enfants vus en visites à domicile				
Nombre de séances d'actions de prévention collectives				
Nombre d'enfants vus en « bilans individuels de santé écoles maternelles »				
Taux d'enfant vus en bilan par rapport à la classe d'âge				
Pourcentage d'enfants dépistés pour une déficience :				
- visuelle				
- auditive				
- liée à des troubles du langage				
- autre				

Jusqu'à quel âge en moyenne les enfants sont-ils majoritairement suivis en consultation de PMI ?

Durée d'attente pour un rendez-vous avec un médecin en centre de PMI.

Durée moyenne de la consultation

Comment la PMI s'articule-t-elle avec les maternités et les réseaux ?

- Y a-t-il présence de sage-femmes ou de puéricultrices de PMI dans les maternités et quel est le temps de travail de la PMI affecté à cette tâche ?
- Y a-t-il des fiches de liaison ?
- Y a-t-il une "mise à disposition systématique" ?
- Comment les femmes sont-elle informées sur les services de la PMI ? Quid des femmes du département qui n'accouchent pas dans le département ?

- quelle est la durée moyenne de séjour en maternité et quels sont les problèmes créés par le raccourcissement du sé jour en maternité ?

Visites à domicile (VAD) :

- Quel est le pourcentage de familles suivies à domicile en postnatal et après ?
- Comment sont ciblées ces familles (fiches de liaison avec les maternités, signalements du service social...) et quels sont les critères qui déterminent la VAD ?
- Par qui sont-elles réalisées,
- Fréquence moyenne par famille
- Appréciation sur leur utilité
- Toutes les jeunes mamans devraient-elles systématiquement bénéficier d'une visite à domicile ?
- Estimation du coût pour le département
 - actuellement.
 - si 100% d'une classe d'âge devait bénéficier de VAD, qu'est-ce que cela supposerait comme personnel supplémentaire pour la PMI et quel budget ?

Santé à l'école maternelle

- -Taux d'enfants vus en bilan de santé de maternelle par rapport à la classe d'âge.
- Comment sont organisés les bilans de santé : quelles écoles, quelles classes d'âge, quels enfants sont vus en priorité ? Qui réalise ces bilans ? En quoi consistent-ils ?
- Y a-t-il des critères de repérage des enfants prioritaires ?
- Comment ces dépistages donnent-ils lieu à un suivi ? Quelles indications a-t-on à ce sujet : pourcentage de dépistages donnant lieu à suivi, nature des difficultés pour le suivi ?
- Si 100% d'une classe d'âge devait bénéficier de bilans de santé, qu'est-ce que cela supposerait comme personnel supplémentaire pour la PMI et quel budget ?
- Autres actions menées à l'école Ex éducation à la santé
- Articulation avec la santé scolaire

Prévention des mauvais traitements et du handicap.

- Comment est-elle réalisée ?
- Peut-on donner des exemples d'application du L.2112-6 d'intervention du service dans des situations de mauvais traitement de l'enfant ?

Actions collectives :

- Modalités et thèmes
- -L'obésité fait-elle l'objet d'actions ?

Existe-t-il dans le département des réseaux pour la prise en charge des enfants ? La PMI en fait-elle partie ? Peut-on donner des exemples de partenariat ?

Orientation des enfants

- Quelles sont les solutions (réseaux ?) et les problèmes rencontrés pour orienter un enfant vers une prise en charge extérieure ?
- Quels sont les délais d'attente pour une consultation en CMP ?

Commentaires.

Analyse de quelques cas

Problèmes rencontrés sur ce secteur d'activité, notamment dans l'articulation avec les médecins libéraux, les hopitaux, les intersecteurs de psychiatrie.

Cas particulier : suivi des enfants de l'ASE

Tableau 9

	1990	2002	2003	2004
Nombre d'enfants pris en charge par l'ASE				
Nombre d'enfants pris en charge par l'ASE et présents dans le département				
Nombre d'enfants de 0 à 6 ans pris en charge par l'ASE et présents dans le département				
Nombre d'enfants de l'ASE de 0 à 6 ans pris en charge par la PMI				
Nombre d'enfants de l'ASE porteurs d'une maladie chronique				
Nombre d'enfants de l'ASE suivis par le secteur de pédo-psychiatrie				

- Les enfants de l'ASE sont-ils suivis sur le plan sanitaire ? Quel est le rôle de la PMI ?
- Y a-t-il des réunions ASE/PMI autour de cas difficiles ? Les familles sont-elles suivies dans le temps ?
- Commentaires

6.3. CENTRES DE PLANIFICATION

Tableau 10

	1990	2002	2003	2004
Nombre de centres de planification (CPEF)				
Nombre de séances (demi-journées) de consultations				
Nombre de consultations médicales				
- dont pour contraception				
- dont pour IVG				
Nombre de consultants				
% de consultants mineurs				
Nombre d'entretiens avec la conseillère conjugale				
- dont pour contraception				
- dont pour IVG				
Nombre de personnes vues en entretien				
% de mineurs vus en entretien				
Nombre de séances collectives en milieu scolaire				
Nombre d'élèves concernées par ces séances collectives en milieu scolaire				

Consultations :

- Pourcentage de jeunes (femmes, hommes) suivis en CPEF par rapport aux classes d'âge.
- Description de la clientèle (cette description peut être qualitative, sans données chiffrées précises), si possible
 - du point de vue socio- professionnel
 - du point de vue social : migrants, bénéficiaires de minima sociaux
- Fonctionnement des consultations :
 - Délai d'attente pour un RDV.
 - Temps moyen d'une consultation
 - Données sur la délivrance de contraceptifs

Actions d'information en milieu scolaire :

- catégories d'établissements (publics, privés, agricoles)
- quelles classes ?
- quels thèmes ?

Y a-t-il des personnes que la PMI ne peut pas recevoir ? Et vers qui sont-elles adressées ?

Commentaires.

Analyse de quelques cas

Problèmes rencontrés sur ce secteur d'activité, notamment dans l'articulation avec les médecins libéraux, les hôpitaux, les secteurs de psychiatrie, les associations.

6.4. AGREMENT ET CONTRÔLE DES MODES DE GARDE ET ASSISTANTES MATERNELLES

Tableau 11

	1990	2002	2003	2004
Nombre de structures collectives relevant de la compétence de la collectivité départementale				
Nombre de contrôles de structures collectives (crèches...) dans l'année				
Nombre de visites d'agréments d'assistantes maternelles dans l'année				
Nombre d'assistantes maternelles agréées dans l'année				
Nombre de visites de suivi d'assistantes maternelles effectuées dans l'année				
Nombre de retraits d'agréments d'assistantes maternelles dans l'année				
Nombre d'avis de retrait non suivis				
Nombre de séances de formation d'assistantes maternelles mises en places dans l'année				
Nombre d'assistantes maternelles formées dans l'année				

Part de cette l'activité "modes de garde " dans l'activité totale du service de PMI :

- part, dans cette activité, des structures collectives
- part des assistantes maternelles

Les modalités d'agrément des assistantes maternelles :

- combien de visites avant agrément,
- par quelle catégorie de professionnelle ?
- nature et temps de travail requis : visite sur place, rédaction du rapport, présence en commission.

Temps consacré par la PMI à la formation des assistantes maternelles.

Rôle des médecins de la PMI et part de leur temps de travail absorbé par cette activité.

Comment organiser au mieux cette mission : des professionnelles dédiées ? D'autres catégories de professionnelles ? Transfert vers d'autres structures (CAF, mairies), d'autres services du département (service social)?

Commentaires

6.5. RECUEIL D'INFORMATIONS ET PARTICIPATION A LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE ?

Y a-t-il une réunion annuelle autour des documents et des indicateurs (R 2112-8 du CSP) ?

Les données d'activité et les certificats de santé sont-ils exploités :

- par la DREES. Le service a-t-il des retours ? Lesquels ?
- par le département ? et à quelle fin ?

La PMI participe-t-elle à la politique régionale de santé

- participation à la commission régionale de la naissance
- participation à des actions de santé régionales ?

Estime-t-il souhaitable et possible qu'elle soit davantage impliquée ?

Pourrait-elle avoir un rôle central dans la mise en place et le fonctionnement de réseaux ?

<h3>7 APPRECIATION SUR LES NORMES ET LEUR ADEQUATION A L'EVOLUTION DES ACTIVITES</h3>

Est-ce que les consultations, les examens, dépistages, vaccinations prescrits par la réglementation sont faits?

Est-ce que le service de PMI est dirigé par un médecin (L2112-1 du code de la santé publique) ?

Comment sont appliquées les préconisations des articles R 2112- 9 à 12 du CSP en matière de qualification des personnels ?

Les normes minimales des R 2112-5 et 2112-6¹ et R 2112-7² sont-elles respectées

- sur le département
- sur chaque territoire

Y a-t-il des activités prévues par les textes et non réalisées ?

Tableau 12

	1990	2002	2003	2004
Nombre de demi-journées hebdomadaires de consultations prénatales pour 100 000 habitants				
Nombre de demi-journées hebdomadaires de consultations de planification pour 100 000 habitants				
Nombre de demi-journées hebdomadaires de consultations infantiles				
Nombre de sage femmes pour 1500 enfants				
Nombre de puéricultrices pour 250 enfants				

Y a-t-il des contrôles sur le respect des normes ?

Existe-t-il des contentieux impliquant la PMI?

Commentaires sur les normes : faut-il les modifier ?

8. APPRÉCIATION SUR L'IMPACT DU SERVICE

Comment évaluez-vous la qualité et les résultats du service ?

Fournir tout document utile sur ce thème

Que pouvez vous dire de l'impact du service

- en termes de prévention
- en termes de suivi ?

La PMI atteint-elle de façon privilégiée, plus efficace que les autres secteurs les populations démunies ? Lesquels ?

Comment pourrait-on qualifier la spécificité de la PMI par rapport au secteur libéral ou hospitalier ?

Pouvez vous donner des exemples d'intervention exemplaires ou pilotes et au contraire d'intervention trop tardive ou en échec ?

¹ -chaque semaine au moins 16 demi-journées de consultation prénatale et de planification ou éducation familiale pour 100 000 habitants âgés de 15 à 50 ans résidant dans le département, dont au moins quatre demi-journées de consultation prénatale.

-- chaque semaine une demi-journée de consultation pour 200 enfants nés vivant au cours de l'année civile précédente de parents résidant dans le département.

² Une sage- femme à plein temps où son équivalent pour 1500 enfants nés vivant au cours de l'année civile précédente de parents résidants dans le département. Une puéricultrice à plein temps ou son équivalent pour 250 enfants nés vivant au cours de l'année civile précédente de parent résidant dans le département.

Quels sont les caractéristiques ou les manques des autres secteurs sanitaires ou sociaux qui pèsent le plus sur le fonctionnement de la PMI ?

Pour améliorer la prise en charge des problèmes psychologiques ou psychiatriques, la PMI pourrait-elle recruter des psychologues ou d'autres professionnels ?

Comment, globalement, la PMI pourrait elle faire mieux ?

Est-il nécessaire de modifier les textes législatifs ou réglementaires ?

SVP Documents à fournir à la mission :

Tout document utile dont :
Rapports d'activité 1990 et 2004 et budgets
Schéma départemental de l'enfance et de la famille
Etudes sur les bénéficiaires de la PMI

**Annexe 5 – Données statistiques sur la PMI – Tableaux et cartographies
(Source DREES)**

Annexe 5.1. Normes des consultations prénatales et de planification en 2003 et 2004

N.B.

- La base présentée par la DREES est le nombre de femmes (16 DM pour 100 000 femmes de 15 à 50 ans)
- la base retenue par l'IGAS dans le rapport est le nombre d'habitants (16 DM pour 100 000 habitants de 15 à 50 ans soit 32 DM pour 100 000 femmes de 15 à 50 ans). Ceci multiplie par 2 le niveau de la norme présentée par la DREES.

* Les totaux ne sont pas estimés ND = non disponible		Femmes de 15 à 50 ans	*Nbre total de demi-journées de consultation	demi-journées/semaine pour 100 000 femmes de 15 à 50 ans	Femmes de 15 à 50 ans	Nbre total de demi-journées de consultation	demi-journées/semaine pour 100 000 femmes de 15 à 50 ans
31	HAUTE GARONNE	294 618	3 402	22	300 983	3 405	22
32	GERS	36 506	841	44	36 789	504	26
33	GIRONDE	341 743	2 700	15	348 826	2 100	12
34	HERAULT	239 260	886	7	244 798	991	8
35	ILLE ET VILAINE	227 797			229 095		
36	INDRE	49 274	850	33	48 963	1 103	43
37	INDRE ET LOIRE	140 850			141 151	10 688	146
38	ISERE	285 137	6 322	43	287 938	7 708	51
39	JURA	57 668	101	3	57 328	100	3
40	LANDES	75 070	517	13	76 141	557	14
41	LOIR ET CHER	71 390	817	22	71 315	844	23
42	LOIRE	170 345	2 378	27	170 821	2 040	23
43	HAUTE LOIRE	46 874	144	6	47 112	165	7
44	LOIRE ATLANTIQUE	293 968	2 541	17	295 065	2 535	17
45	LOIRET	154 801	1 012	13	155 055	1 405	17
46	LOT	33 979	377	21	34 142	376	21
47	LOT ET GARONNE	68 165	261	7	68 949	1 173	33
48	LOZERE	16 192	39	5	16 347	47	6
49	MAINE ET LOIRE	185 253			184 921		
50	MANCHE	108 897	597	11	108 820	571	10
51	MARNE	145 708	906	12	144 365	955	13
52	HAUTE MARNE	43 553	0	0	42 619	510	23
53	MAYENNE	65 896	188	5	65 636	188	6
54	MEURTHE ET MOSELLE	184 563	0	0	184 894	0	0
55	MEUSE	44 174	281	12	44 212	242	11
56	MORBIHAN	151 645	1 548	20	152 847	1 600	20
57	MOSELLE	260 703	2 843	21	260 564	2 740	20
58	NIEVRE	47 460	551	22	46 877	594	24
59	NORD	664 270			665 929	10 993	32
60	OISE	197 010	1 444	14	196 660	1 349	13
61	ORNE	64 795	1 294	38	64 573	1 372	41
62	PAS DE CALAIS	360 055			357 870		
63	PUY DE DOME	151 044	1 015	13	152 046	878	11
64	PYRENEES ATLANTIQUES	143 325			145 222		
65	HAUTES PYRENEES	49 612			49 926		
66	PYRENEES ORIENTALES	92 835	241	5	94 640	584	12
67	BAS RHIN	276 332	1 911	13	277 886	1 902	13
68	HAUT RHIN	181 371	402	4	182 585	1 399	15

* Les totaux ne sont pas estimés ND = non disponible		Femmes de 15 à 50 ans	*Nbre total de demi-journées de consultation	demi-journées/semaine pour 100 000 femmes de 15 à 50 ans	Femmes de 15 à 50 ans	Nbre total de demi-journées de consultation	demi-journées/semaine pour 100 000 femmes de 15 à 50 ans
69	RHONE	424 785	2 427	11	431 062	2 441	11
70	HAUTE SAONE	53 312	104	4	53 084	199	7
71	SAONE ET LOIRE	120 376	1 591	25	119 922	1 638	26
72	SARTHE	126 363			126 297		
73	SAVOIE	94 566	483	10	95 595	338	7
74	HAUTE SAVOIE	166 184			168 515		
75	PARIS	614 697	21 277	67	616 488	24 544	77
76	SEINE MARITIME	314 284	2 976	18	315 243	3 031	18
77	SEINE ET MARNE	326 554	2 504	15	331 527	1 585	9
78	YVELINES	352 624			355 297		
79	DEUX SEVRES	78 216			78 391	521	13
80	SOMME	139 520	1 970	27	139 137	1 882	26
81	TARN	77 355			78 222	1 244	31
82	TARN ET GARONNE	47 952	240	10	48 567	249	10
83	VAR	213 319			213 823	625	6
84	VAUCLUSE	124 013	2 559	40	123 610	2 425	38
85	VENDEE	127 520	0	0	128 290	0	0
86	VIENNE	100 971	290	6	101 400	316	6
87	HAUTE VIENNE	84 294	414	9	84 239		
88	VOSGES	88 318	256	6	88 020	239	5
89	YONNE	75 482	469	12	75 206	475	12
90	TERRITOIRE DE BELFORT	33 866	93	5	33 628	90	5
91	ESSONNE	298 611	2 998	19	301 503	2 931	19
92	HAUTS DE SEINE	396 314	4 590	22	400 943	5 265	25
93	SEINE SAINT DENIS	374 942	5 366	28	378 109	5 203	26
94	VAL DE MARNE	328 467	6 928	41	331 993	7 002	41
95	VAL D'OISE	301 417	2 982	19	304 398	2 966	19
971	GUADELOUPE		ND				
972	MARTINIQUE		1 841				ND
973	GUYANE		2 147				ND
974	REUNION		ND		14 819 765	1 320	

**Annexe 5.2. Normes des consultations prénatales et de planification en 2004
et part des allocataires d'API et de RMI**

(art. R 2112-5) norme = au moins 16 demi-journées de consultations prénatales et de planification pour 100 000 habitants de 15 à 50 ans					
<u>* Les totaux ne sont pas estimés</u>	Femmes de 15 à 50 ans	*Nbre total de demi-journées de consultation	demi- journées/semaine pour 100 000 femmes de 15 à 50 ans	Part des alloc API/femmes de 15 à 50 ans	Part des Rmistes /population de 25 à 60 ans
FRANCE METROPOLITAINE		150 675		1,0%	4,0%
DOM		4 836			
FRANCE ENTIÈRE		155 511			
1 AIN	133 289	1 141	16	0,5%	1,6%
2 AISNE	127 796	1 265	19	1,9%	3,4%
3 ALLIER	74 278	236	6	1,3%	3,6%
4 ALPES DE HTE PROV	31 682	544	33	1,3%	3,4%
5 HAUTES ALPES	29 258	ND	ND	0,7%	2,0%
6 ALPES MARITIMES	245 343	2 764	22	1,3%	3,5%
7 ARDECHE	65 736	370	11	1,1%	3,1%
8 ARDENNES	67 821	513	15	1,8%	4,9%
9 ARIEGE	30 185	339	22	1,4%	5,7%
10 AUBE	69 230	ND	ND	1,5%	3,6%
11 AUDE	71 883	622	17	1,9%	6,6%
12 AVEYRON	55 697	339	12	0,6%	1,8%
13 BOUCHES DU RHONE	470 304	3 044	12	1,9%	8,0%
14 CALVADOS	166 264	1 209	14	1,3%	3,3%
15 CANTAL	31 769	219	13	0,6%	2,3%
16 CHARENTE	77 390	416	10	1,2%	3,9%
17 CHARENTE MARITIME	129 581	2 241	33	1,3%	4,2%
18 CHER	69 432	248	7	1,4%	4,0%
19 CORREZE	48 996	346	14	0,8%	2,0%
2a CORSE DU SUD	29 490	745	49	1,1%	4,3%
2B HAUTE CORSE	35 489	207	11	1,5%	5,1%
21 COTE D'OR	131 251	1 895	28	0,7%	2,5%
22 COTES D'ARMOR	118 669	771	12	0,9%	2,4%
23 CREUSE	24 180	ND	ND	0,9%	3,2%
24 DORDOGNE	83 983	399	9	1,2%	3,9%
25 DOUBS	127 580	ND	ND	1,1%	2,8%
26 DROME	106 691	ND	ND	1,3%	3,7%
27 EURE	135 961	1 067	15	1,1%	2,7%
28 EURE ET LOIR	98 464	268	5	0,9%	2,4%
29 FINISTERE	199 430	1 784	17	0,8%	2,8%
30 GARD	156 224	856	11	2,1%	6,6%
31 HAUTE GARONNE	300 983	3 405	22	1,0%	4,6%
32 GERS	36 789	504	26	0,8%	2,5%
33 GIRONDE	348 826	2 100	12	1,1%	3,8%
34 HERAULT	244 798	991	8	2,0%	6,6%
35 ILLE ET VILAINE	229 095	ND	ND	0,7%	2,1%
36 INDRE	48 963	1 103	43	0,9%	2,5%
37 INDRE ET LOIRE	141 151	10 688	146	0,9%	3,1%
38 ISERE	287 938	7 708	51	0,8%	2,4%
39 JURA	57 328	100	3	0,9%	1,8%
40 LANDES	76 141	557	14	1,0%	2,9%
41 LOIR ET CHER	71 315	844	23	0,9%	2,8%
42 LOIRE	170 821	2 040	23	1,1%	2,9%
43 HAUTE LOIRE	47 112	165	7	0,8%	1,7%
44 LOIRE ATLANTIQUE	295 065	2 535	17	0,9%	3,1%
45 LOIRET	155 055	1 405	17	0,9%	2,6%
46 LOT	34 142	376	21	1,0%	3,1%
47 LOT ET GARONNE	68 949	1 173	33	1,3%	3,9%
48 LOZERE	16 347	47	6	0,5%	2,0%

	Femmes de 15 à 50 ans	*Nbre total de demi-journées de consultation	demi- journées/semaine pour 100 000 femmes de 15 à 50 ans	Part des alloc API/femmes de 15 à 50 ans	Part des Rmistes /population de 25 à 60 ans
49 MAINE ET LOIRE	184 921	ND	ND	1,0%	2,8%
50 MANCHE	108 820	571	10	0,9%	2,4%
51 MARNE	144 365	955	13	1,1%	2,8%
52 HAUTE MARNE	42 619	510	23	1,4%	2,9%
53 MAYENNE	65 636	188	6	0,6%	1,6%
54 MEURTHE ET MOSELLE	184 894	0	0	1,3%	4,0%
55 MEUSE	44 212	242	11	1,4%	3,4%
56 MORBIHAN	152 847	1 600	20	0,8%	2,5%
57 MOSELLE	260 564	2 740	20	1,1%	2,7%
58 NIEVRE	46 877	594	24	1,4%	3,5%
59 NORD	665 929	10 993	32	2,1%	5,7%
60 OISE	196 660	1 349	13	1,3%	2,6%
61 ORNE	64 573	1 372	41	1,2%	3,3%
62 PAS DE CALAIS	357 870	ND	ND	2,3%	5,5%
63 PUY DE DOME	152 046	878	11	0,9%	3,0%
64 PYRENEES ATLANTIQUES	145 222	ND	ND	1,0%	3,5%
65 HAUTES PYRENEES	49 926	ND	ND	1,0%	3,4%
66 PYRENEES ORIENTALES	94 640	584	12	2,7%	7,4%
67 BAS RHIN	277 886	1 902	13	1,0%	2,8%
68 HAUT RHIN	182 585	1 399	15	0,9%	2,2%
69 RHONE	431 062	2 441	11	0,8%	3,6%
70 HAUTE SAONE	53 084	199	7	1,2%	2,4%
71 SAONE ET LOIRE	119 922	1 638	26	1,0%	2,3%
72 SARTHE	126 297	ND	ND	1,1%	2,9%
73 SAVOIE	95 595	338	7	0,7%	1,8%
74 HAUTE SAVOIE	168 515	ND	ND	0,6%	1,7%
75 PARIS	616 488	24 544	77	0,7%	5,1%
76 SEINE MARITIME	315 243	3 031	18	1,6%	4,3%
77 SEINE ET MARNE	331 527	1 585	9	1,0%	2,0%
78 YVELINES	355 297	ND	ND	0,6%	1,7%
79 DEUX SEVRES	78 391	521	13	0,9%	2,2%
80 SOMME	139 137	1 882	26	1,5%	3,9%
81 TARN	78 222	1 244	31	1,2%	3,9%
82 TARN ET GARONNE	48 567	249	10	1,4%	4,0%
83 VAR	213 823	625	6	1,5%	5,0%
84 VAUCLUSE	123 610	2 425	38	1,8%	4,7%
85 VENDEE	128 290	0	0	0,6%	1,7%
86 VIENNE	101 400	316	6	1,1%	3,6%
87 HAUTE VIENNE	84 239	ND	ND	1,0%	3,1%
88 VOSGES	88 020	239	5	1,3%	2,8%
89 YONNE	75 206	475	12	1,2%	2,6%
90 TERRITOIRE DE BELFORT	33 628	90	5	1,4%	3,5%
91 ESSONNE	301 503	2 931	19	1,0%	2,5%
92 HAUTS DE SEINE	400 943	5 265	25	0,7%	3,0%
93 SEINE SAINT DENIS	378 109	5 203	26	1,8%	7,0%
94 VAL DE MARNE	331 993	7 002	41	0,8%	3,9%
95 VAL D'OISE	304 398	2 966	19	1,0%	3,1%
971 GUADELOUPE		3 516		0,0%	
972 MARTINIQUE		ND		0,0%	
973 GUYANE		ND		0,0%	
974 REUNION		1 320		0,0%	

*** Les totaux ne sont pas
estimés**

R 2112-6 : une demi-journée de consultation infantile par semaine									
	1991			2003			2004		
	*Nbre total de demi-journées de consultations infantiles	nés vivants en 1991	demi- journées/sema- ne pour 200 enfants nés vivants	*Nbre total de demi-journées de consultations infantiles	nés vivants en 2002	demi- journées/sema- ne pour 200 enfants nés vivants	*Nbre total de demi-journées de consultations infantiles	nés vivants en 2003	demi- journées/se maine pour 200 enfants nés vivants
1	FRANCE METROPOLITAINE	258 100	757 403	228 199	760 041	0,5	221 628	758 594	0,5
2	DOM	673	6 283	812	6 691	0,4	2 219	32 457	1,0
3	FRANCE ENTIÈRE	3 002	7 423	1 846	6 906	1,6	1 734	6 841	1,0
4	AIN	534	3 496	500	3 289	0,6	439	3 391	0,5
5	ALLIER	271	1 550	236	1 554	0,7	240	1 460	0,6
6	ALPES DE HAUTE PROVENCE	ND	1 381	292	1 445	0,8	ND	1 404	0,6
7	ALPES ALPES	3 672	11 721	2 812	11 300	1,2	2 787	11 144	1,0
8	ALPES MARITIMES	645	3 211	526	3 272	0,8	537	3 367	0,6
9	ARDECHE	1 008	3 995	847	3 587	1,0	780	3 532	0,8
10	ARDENNES	302	1 371	438	1 315	0,8	372	1 350	1,1
11	ARIEGE	796	3 701	1 124	3 387	0,8	1 175	3 428	1,3
12	AUBE	1 048	3 157	1 080	3 266	1,3	1 164	3 421	1,3
13	AUDE	644	2 511	725	2 622	1,0	759	2 558	1,1
14	AVEYRON	9 783	23 314	8 401	24 083	1,6	9 085	23 908	1,5
15	BOUCHES DU RHONE	1 891	8 356	2 117	8 227	0,9	2 146	8 231	1,0
16	CALVADOS	384	1 476	390	1 465	1,0	253	1 344	0,7
17	CANTAL	550	3 752	777	3 423	0,6	812	3 401	0,9
18	CHARENTE	1 274	5 587	1 427	5 796	0,9	1 516	5 935	1,0
19	CHARENTE MARITIME	620	3 573	565	3 267	0,7	550	3 301	0,6
20	CHER	358	2 120	347	2 243	0,6	426	2 133	0,8
21	CORREZE	225	1 450	350	1 312	0,6	475	1 232	1,5
22	CORSE DU SUD	310	1 484	421	1 436	0,8	321	1 455	0,8
23	HAUTE CORSE	1 564	6 314	1 630	5 942	1,0	1 744	6 079	1,1
24	COTE D'OR	430	5 701	801	6 337	0,3	848	6 413	0,5
25	COTES D'ARMOR	302	1 136	188	994	1,0	282	1 011	1,1
26	CREUSE	ND	3 609	1 026	3 578	0,0	959	3 607	1,0
27	DORDOGNE	ND	6 776	1 120	6 367	0,7	1 229	6 529	0,7
28	DOUBS	1 766	5 551	1 834	5 542	1,2	1 875	5 525	1,3
29	DROME	1 075	7 473	1 202	7 201	0,6	1 165	7 213	0,6
30	EURE	1 048	5 518	1 004	5 251	0,7	996	5 370	0,7
31	EURE ET LOIR	1 592	9 827	1 748	9 782	0,6	1 819	9 900	0,7
32	FINISTERE								

*Totaux non estimés

	1991				2003				2004			
	nés vivants en 1991		demi-journées/semaine pour 200 enfants nés vivants		nés vivants en 2002		demi-journées/semaine pour 200 enfants nés vivants		nés vivants en 2003		demi-journées/semaine pour 200 enfants nés vivants	
	*Nbre total de demi-journées de consultations infantiles				*Nbre total de demi-journées de consultations infantiles				*Nbre total de demi-journées de consultations infantiles			
30	GARD	1 614	7 114	0,9	1 455	7 554	0,7	1 488	7 446	0,8		
31	HAUTE GARONNE	2 877	11 933	0,9	3 204	13 743	0,9	3 297	13 989	0,9		
32	GERS	241	1 597	0,6	392	1 548	1,0	462	1 635	1,1		
33	GIRONDE	ND	14 892		3 300	15 704	0,8	3 200	15 610	0,8		
34	HERAULT	1 143	10 203	0,4	2 062	11 486	0,7	2 021	11 380	0,7		
35	ILLE ET VILAINE	2 496	10 610	0,9	2 715	11 880	0,9	3 013	12 134	1,0		
36	INDRE	534	2 376	0,9	585	2 375	0,9	572	2 312	1,0		
37	INDRE ET LOIRE	2 107	6 652	1,2	1 885	6 753	1,1	2 108	6 620	1,2		
38	ISERE	4 161	14 092	1,1	4 576	14 983	1,2	4 732	14 885	1,2		
39	JURA	514	3 122	0,6	262	3 082	0,3	310	2 964	0,4		
40	LANDES	788	3 161	1,0	757	3 436	0,8	765	3 477	0,8		
41	LOIR ET CHER	299	3 540	0,3	457	3 556	0,5	494	3 617	0,5		
42	LOIRE	2 965	9 081	1,3	2 991	8 770	1,3	2 673	8 804	1,2		
43	HAUTE LOIRE	189	2 236	0,3	190	2 320	0,3	244	2 458	0,4		
44	LOIRE ATLANTIQUE	3 803	14 036	1,0	4 374	15 829	1,1	4 320	15 795	1,1		
45	LOIRET	1 383	7 987	0,7	1 387	8 206	0,7	1 431	8 265	0,7		
46	LOT	264	1 434	0,7	427	1 498	1,1	512	1 537	1,3		
47	LOT ET GARONNE	824	3 176	1,0	846	3 172	1,0	825	3 173	1,0		
48	LOZERE	139	675	0,8	100	741	0,5	115	768	0,6		
49	MAINE ET LOIRE	1 538	9 308	0,6	1 537	9 803	0,6	ND	10 018			
50	MANCHE	ND	6 186		584	5 603	0,4	596	5 490	0,4		
51	MARNE	1 650	7 537	0,8	1 453	7 064	0,8	1 356	6 916	0,8		
52	HAUTE MARNE	538	2 589	0,8	327	2 186	0,6	367	2 100	0,7		
53	MAYENNE	458	3 598	0,5	675	3 932	0,7	660	3 846	0,7		
54	MEURTHE ET MOSELLE	2 444	9 411	1,0	1 992	8 548	0,9	1 929	8 398	0,9		
55	MEUSE	289	2 555	0,4	271	2 247	0,5	285	2 218	0,5		
56	MORBIHAN	932	7 509	0,5	1 250	7 838	0,6	1 280	7 817	0,6		
57	MOSELLE	2 887	13 480	0,8	1 987	11 974	0,6	2 001	11 710	0,7		
58	NIEVRE	525	2 395	0,8	372	2 157	0,7	ND	2 123			
59	NORD	11 976	38 554	1,2	ND	36 841		ND	36 099			
60	OISE	4 283	10 862	1,5	2 569	10 859	0,9	2 679	10 696	1,0		
61	ORNE	785	3 512	0,9	1 012	3 357	1,2	1 054	3 323	1,2		
62	PAS DE CALAIS	6 166	20 207	1,2	5 420	19 460	1,1	4 974	18 888	1,0		
63	PUY DE DOME	1 463	6 565	0,9	1 631	6 387	1,0	1 636	6 576	1,0		
64	PYRENEES ATLANTIQUES	1 982	6 295	1,2	2 246	6 335	1,4	2 017	6 436	1,2		
65	HAUTES PYRENEES	636	2 345	1,0	ND	2 170		ND	2 144			

*Totaux non estimés

	1991			2003			2004		
	*Nbre total de demi-journées de consultations infantiles	nés vivants en 1991	demi- journées/semai- ne pour 200 enfants nés vivants	*Nbre total de demi-journées de consultations infantiles	nés vivants en 2002	demi- journées/semai- ne pour 200 enfants nés vivants	*Nbre total de demi-journées de consultations infantiles	nés vivants en 2003	demi- journées/se- maine pour 200 enfants nés vivants
66	687	3 989	0,7	807	4 457	0,7	ND	4 456	
67	2 537	13 530	0,7	2 272	12 939	0,7	2 349	13 024	0,7
68	1 614	9 371	0,7	1 543	8 930	0,7	1 569	9 045	0,7
69	8 468	22 675	1,4	7 384	23 297	1,2	7 875	23 376	1,3
70	383	2 731	0,5	477	2 749	0,7	473	2 675	0,7
71	1 064	6 330	0,6	805	5 653	0,5	ND	5 717	
72	1 276	6 609	0,7	1 212	6 686	0,7	1 391	6 871	0,8
73	925	4 661	0,8	966	4 660	0,8	737	4 687	0,6
74	1 046	8 523	0,5	1 457	8 680	0,6	1 527	8 839	0,7
75	17 951	31 681	2,2	17 824	32 237	2,1	16 464	31 493	2,0
76	10 100	17 757	2,2	6 917	15 547	1,7	7 609	15 862	1,8
77	3 226	16 825	0,7	4 129	17 728	0,9	ND	17 501	
78	8 832	20 430	1,7	6 389	19 655	1,3	6 612	19 937	1,3
79	263	3 888	0,3	ND	3 929		314	3 994	0,3
80	3 146	7 516	1,6	3 655	7 028	2,0	3 446	7 134	1,9
81	727	3 565	0,8	833	3 596	0,9	849	3 579	0,9
82	1 025	2 292	1,7	964	2 413	1,5	1 014	2 398	1,6
83	1 067	10 168	0,4	1 527	10 442	0,6	1 348	10 388	0,5
84	1 988	6 328	1,2	1 742	6 334	1,1	1 742	6 547	1,0
85	886	6 042	0,6	906	6 749	0,5	893	6 874	0,5
86	877	4 263	0,8	904	4 573	0,8	905	4 594	0,8
87	1 173	3 346	1,3	1 152	3 594	1,2	1 138	3 449	1,3
88	752	4 997	0,6	669	4 333	0,6	681	4 291	0,6
89	712	3 889	0,7	685	3 848	0,7	684	3 710	0,7
90	479	1 848	1,0	287	1 803	0,6	301	1 896	0,6
91	10 544	16 878	2,4	10 094	16 927	2,3	10 198	17 122	2,3
92	19 201	22 399	3,3	12 751	24 515	2,0	12 832	24 607	2,0
93	25 815	24 703	4,0	24 157	25 702	3,6	24 819	25 868	3,7
94	16 363	19 066	3,3	15 792	19 608	3,1	15 409	18 298	3,2
95	9 488	17 461	2,1	8 022	17 152	1,8	7 699	17 346	1,7
971	2 599	0		2 350	13 141	0,7	2 219	13 700	0,6
972	ND	0		1 596	9 396	0,7	ND	10 980	
973	1 495	0		1 142	4 432	1,0	ND	4 687	
974	ND	0		ND	2 990		ND	3 090	

*Totaux non estimés

Annexe 5.3. Normes des consultations infantiles – 1991 - 2003 - 2004

**Annexe 5.4. Normes des consultations infantiles en 2004 et part des allocataires d'API
et de RMI**

moins de 1 demi-journée/semaine

De 1 demi-journée/semaine à moins de 2

De 2 demi-journées/semaine à moins de 4

		*Totaux non estimés		*Nbre total de demi-journées de consultations infantiles	Nbre d'enfants nés vivants en 2003	Art R 2112-6 Norme = une demi-journée par semaine pour 200 enfants nés	Part des alloc API/femmes de 15 à 50 ans	Part des Rmistes /population de 25 à 60 ans
FRANCE METROPOLITAINE		221 628	758 594				1,0%	4,0%
DOM		2 219	32 457					
FRANCE ENTIÈRE		223 847	791 051					
1	AIN	846	6 866	0,5			0,5%	1,6%
2	AISNE	1 734	6 841	1,0			1,9%	3,4%
3	ALLIER	439	3 391	0,5			1,3%	3,6%
4	ALPES DE HAUTE PROVENCE	240	1 460	0,6			1,3%	3,4%
5	HAUTES ALPES	ND	1 404	ND			0,7%	2,0%
6	ALPES MARITIMES	2 787	11 144	1,0			1,3%	3,5%
7	ARDECHE	537	3 367	0,6			1,1%	3,1%
8	ARDENNES	780	3 532	0,8			1,8%	4,9%
9	ARIEGE	372	1 350	1,1			1,4%	5,7%
10	AUBE	1 175	3 428	1,3			1,5%	3,6%
11	AUDE	1 164	3 421	1,3			1,9%	6,6%
12	AVEYRON	759	2 558	1,1			0,6%	1,8%
13	BOUCHES DU RHONE	9 085	23 908	1,5			1,9%	8,0%
14	CALVADOS	2 146	8 231	1,0			1,3%	3,3%
15	CANTAL	253	1 344	0,7			0,6%	2,3%
16	CHARENTE	812	3 401	0,9			1,2%	3,9%
17	CHARENTE MARITIME	1 516	5 935	1,0			1,3%	4,2%
18	CHER	550	3 301	0,6			1,4%	4,0%
19	CORREZE	426	2 133	0,8			0,8%	2,0%
2a	CORSE DU SUD	475	1 232	1,5			1,1%	4,3%
2b	HAUTE CORSE	321	1 455	0,8			1,5%	5,1%
21	COTE D'OR	1 744	6 079	1,1			0,7%	2,5%
22	COTES D'ARMOR	848	6 443	0,5			0,9%	2,4%
23	CREUSE	282	1 011	1,1			0,9%	3,2%
24	DORDOGNE	959	3 607	1,0			1,2%	3,9%
25	DOUBS	1 229	6 529	0,7			1,1%	2,8%
26	DROME	1 875	5 525	1,3			1,3%	3,7%
27	EURE	1 165	7 213	0,6			1,1%	2,7%
28	EURE ET LOIR	996	5 370	0,7			0,9%	2,4%
29	FINISTERE	1 819	9 900	0,7			0,8%	2,8%

		<u>*Totaux non estimés</u>				
		*Nbre total de demi-journées de consultations infantiles	Nbre d'enfants nés vivants en 2003	Norme = une demi- journée par semaine pour 200 enfants nés	Part des alloc API/femmes de 15 à 50 ans	Part des Rmistés /population de 25 à 60 ans
30	GARD	1 488	7 446	0,8	2,1%	6,6%
31	HAUTE GARONNE	3 297	13 989	0,9	1,0%	4,6%
32	GERS	462	1 635	1,1	0,8%	2,5%
33	GIRONDE	3 200	15 610	0,8	1,1%	3,8%
34	HERAULT	2 021	11 380	0,7	2,0%	6,6%
35	ILLE ET VILAINE	3 013	12 134	1,0	0,7%	2,1%
36	INDRE	572	2 312	1,0	0,9%	2,5%
37	INDRE ET LOIRE	2 108	6 620	1,2	0,9%	3,1%
38	ISERE	4 732	14 885	1,2	0,8%	2,4%
39	JURA	310	2 964	0,4	0,9%	1,8%
40	LANDES	765	3 477	0,8	1,0%	2,9%
41	LOIR ET CHER	494	3 617	0,5	0,9%	2,8%
42	LOIRE	2 673	8 804	1,2	1,1%	2,9%
43	HAUTE LOIRE	244	2 458	0,4	0,8%	1,7%
44	LOIRE ATLANTIQUE	4 320	15 795	1,1	0,9%	3,1%
45	LOIRET	1 431	8 265	0,7	0,9%	2,6%
46	LOT	512	1 537	1,3	1,0%	3,1%
47	LOT ET GARONNE	825	3 173	1,0	1,3%	3,9%
48	LOZERE	115	768	0,6	0,5%	2,0%
49	MAINE ET LOIRE	ND	10 018	ND	1,0%	2,8%
50	MANCHE	596	5 490	0,4	0,9%	2,4%
51	MARNE	1 356	6 916	0,8	1,1%	2,8%
52	HAUTE MARNE	367	2 100	0,7	1,4%	2,9%
53	MAYENNE	660	3 846	0,7	0,6%	1,6%
54	MEURTHE ET MOSELLE	1 929	8 398	0,9	1,3%	4,0%
55	MEUSE	285	2 218	0,5	1,4%	3,4%
56	MORBIHAN	1 280	7 817	0,6	0,8%	2,5%
57	MOSELLE	2 001	11 710	0,7	1,1%	2,7%
58	NIEVRE	ND	2 123	ND	1,4%	3,5%
59	NORD	ND	36 099	ND	2,1%	5,7%
60	OISE	2 679	10 696	1,0	1,3%	2,6%
61	ORNE	1 054	3 323	1,2	1,2%	3,3%
62	PAS DE CALAIS	4 974	18 888	1,0	2,3%	5,5%
63	PUY DE DOME	1 636	6 576	1,0	0,9%	3,0%
64	PYRENEES ATLANTIQUES	2 017	6 436	1,2	1,0%	3,5%
65	HAUTES PYRENEES	ND	2 144	ND	1,0%	3,4%
66	PYRENEES ORIENTALES	ND	4 456	ND	2,7%	7,4%
67	BAS RHIN	2 349	13 024	0,7	1,0%	2,8%

		*Nbre total de demi-journées de consultations infantiles	Nbre d'enfants nés vivants en 2003	Norme = une demi- journée par semaine pour 200 enfants nés	Part des alloc API/femmes de 15 à 50 ans	Part des Rmistes /population de 25 à 60 ans
68	HAUT RHIN	1 569	9 045	0,7	0,9%	2,2%
69	RHONE	7 875	23 376	1,3	0,8%	3,6%
70	HAUTE SAONE	473	2 675	0,7	1,2%	2,4%
71	SAONE ET LOIRE	ND	5 717	ND	1,0%	2,3%
72	SARTHE	1 391	6 871	0,8	1,1%	2,9%
73	SAVOIE	737	4 687	0,6	0,7%	1,8%
74	HAUTE SAVOIE	1 527	8 839	0,7	0,6%	1,7%
75	PARIS	16 464	31 493	2,0	0,7%	5,1%
76	SEINE MARITIME	7 609	15 862	1,8	1,6%	4,3%
77	SEINE ET MARNE	ND	17 501	ND	1,0%	2,0%
78	YVELINES	6 612	19 937	1,3	0,6%	1,7%
79	DEUX SEVRES	314	3 994	0,3	0,9%	2,2%
80	SOMME	3 446	7 134	1,9	1,5%	3,9%
81	TARN	849	3 579	0,9	1,2%	3,9%
82	TARN ET GARONNE	1 014	2 398	1,6	1,4%	4,0%
83	VAR	1 348	10 388	0,5	1,5%	5,0%
84	VAUCLUSE	1 742	6 547	1,0	1,8%	4,7%
85	VENDEE	893	6 874	0,5	0,6%	1,7%
86	VIENNE	905	4 594	0,8	1,1%	3,6%
87	HAUTE VIENNE	1 138	3 449	1,3	1,0%	3,1%
88	VOSGES	681	4 291	0,6	1,3%	2,8%
89	YONNE	684	3 710	0,7	1,2%	2,6%
90	TERRITOIRE DE BELFORT	301	1 896	0,6	1,4%	3,5%
91	ESSONNE	10 198	17 122	2,3	1,0%	2,5%
92	HAUTS DE SEINE	12 832	24 607	2,0	0,7%	3,0%
93	SEINE SAINT DENIS	24 819	25 868	3,7	1,8%	7,0%
94	VAL DE MARNE	15 409	8 288	3,2	0,8%	3,9%
95	VAL D'OISE	7 699	17 346	1,7	1,0%	3,1%
971	GUADELOUPE	2 219	13 700	0,6		
972	MARTINIQUE	ND	10 980	ND		
973	GUYANE	ND	4 687	ND		
974	REUNION	ND	3 090	ND		

*Totaux non estimés

39 bis

Annexe 5.5. Normes de sages femmes –1991 - 2003 - 2004

Nombre de sages-femmes de PMI (en ETP)

pour 1 500 enfants nés vivants

R 2112.7 : au moins une sage-femme pour 1 500 enfants nés vivants

*Totaux estimés	1991			2003			2004		
	*sages-femmes en ETP	naissances en 1991	1 sage-femme pour 1 500 nés en 1991	*sages-femmes en ETP	naissances en 2002	1 sage-femme pour 1 500 nés en 2002	*sages-femmes en ETP	naissances en 2003	1 sage-femme pour 1 500 nés en 2003
France métropolitaine	539,0	757 403	1,1	698,8	760 041	1,4	712	758 594	1,4
D.O.M	67,0			78,0	29 959	3,9	74	32 457	3,4
France entière	606,0	757 403		776,8	790 000	1,5	786	791 051	1,5
01 Ain	1,0	6 283	0,2	2,0	6 691	0,4	3,1	6 866	0,7
02 Aisne	5,0	7 423	1,0	6,2	6 906	1,3	6,7	6 841	1,5
03 Allier	3,0	3 496	1,3	2,9	3 289	1,3	2,9	3 391	1,3
04 Alpes de Haute-Prov	2,0	1 550	1,9	2,0	1 554	1,9	2,0	1 460	2,1
05 Hautes-Alpes	1,0	1 381	1,1	1,5	1 445	1,6	1,5	1 404	1,6
06 Alpes Maritimes	14,0	11 721	1,8	17,7	11 300	2,3	17,2	11 144	2,3
07 Ardèche	1,0	3 211	0,5	14,5	3 272	6,6	14,5	3 367	6,5
08 Ardennes	4,0	3 995	1,5	3,6	3 587	1,5	4,0	3 532	1,7
09 Ariège	1,0	1 371	1,1	2,0	1 315	2,3	1,8	1 350	2,0
10 Aube	4,0	3 701	1,6	4,5	3 387	2,0	3,8	3 428	1,7
11 Aude	4,0	3 157	1,9	8,1	3 266	3,7	8,1	3 421	3,6
12 Aveyron	1,0	2 511	0,6	1,0	2 622	0,6	1,0	2 558	0,6
13 Bouches du Rhône		23 314	0,0	26,0	24 083	1,6	25,3	23 908	1,6
14 Calvados	5,0	8 356	0,9	6,5	8 227	1,2	6,7	8 231	1,2
15 Cantal	1,0	1 476	1,0	1,0	1 465	1,0	1,0	1 344	1,1
16 Charente	3,0	3 752	1,2	3,3	3 423	1,4	3,3	3 401	1,5
17 Charente Maritime	2,0	5 587	0,5	4,2	5 796	1,1	5,8	5 935	1,5
18 Cher	4,0	3 573	1,7	4,0	3 267	1,8	4,5	3 301	2,0
19 Corrèze	0,0	2 120	0,0	1,0	2 243	0,7	1,0	2 133	0,7
2A Corse du Sud	3,0	1 450	3,1	5,0	1 312	5,7	4,0	1 232	4,9
2B Haute Corse	4,0	1 484	4,0	4,0	1 436	4,2	2,5	1 455	2,6
21 Côte Dor	3,0	6 314	0,7	6,1	5 942	1,5	6,1	6 079	1,5
22 Côtes d'Armor	4,0	5 701	1,1	6,5	6 337	1,5	6,5	6 413	1,5
23 Creuse	1,0	1 136	1,3	1,0	994	1,5	1,0	1 011	1,5
24 Dordogne	8,0	3 609	3,3	6,1	3 578	2,6	6,2	3 607	2,6
25 Doubs	2,0	6 776	0,4	2,6	6 367	0,6	3,6	6 529	0,8
26 Drôme	6,0	5 551	1,6	5,4	5 542	1,5	5,4	5 525	1,5
27 Eure	1,0	7 473	0,2	2,3	7 201	0,5	3,4	7 213	0,7
28 Eure et Loir	6,0	5 518	1,6	6,9	5 251	2,0	6,9	5 370	1,9

Nombre de sages-femmes de PMI (en ETP)

pour 1 500 enfants nés vivants

R 2112.7 - au moins une sage-femme pour 1 500 enfants nés vivants

*Totaux estimés	1991			2003			2004		
	*sages-femmes en ETP	naissances en 1991	1 sage-femme pour 1 500 nés en 1991	*sages-femmes en ETP	naissances en 2002	1 sage-femme pour 1 500 nés en 2002	*sages-femmes en ETP	naissances en 2003	1 sage-femme pour 1 500 nés en 2003
29 Finistère	11,0	9 827	1,7	11,6	9 782	1,8	11,6	9 900	1,8
30 Gard	10,0	7 114	2,1	11,1	7 554	2,2	12,1	7 446	2,4
31 Haute Garonne	2,0	11 933	0,3	2,0	13 743	0,2	2,0	13 989	0,2
32 Gers	0,0	1 597	0,0	1,0	1 548	1,0	1,0	1 635	0,9
33 Gironde	8,0	14 892	0,8	9,0	15 704	0,9	11,7	15 610	1,1
34 Hérault	10,0	10 203	1,5	17,0	11 486	2,2	18,6	11 380	2,5
35 Ile et Vilaine	8,0	10 610	1,1	9,2	11 880	1,2	9,1	12 134	1,1
36 Indre	0,0	2 376	0,0	0,0	2 375	0,0	0,0	2 312	0,0
37 Indre et Loire	6,0	6 652	1,4	7,0	6 753	1,6	6,4	6 620	1,5
38 Isère	7,0	14 092	0,7	10,5	14 983	1,1	11,5	14 885	1,2
39 Jura	2,0	3 122	1,0	0,0	3 082	0,0	3,0	2 964	1,5
40 Landes	7,0	3 161	3,3	7,4	3 436	3,2	7,7	3 477	3,3
41 Loir et Cher	2,0	3 540	0,8	4,4	3 556	1,9	4,4	3 617	1,8
42 Loire	4,0	9 081	0,7	5,4	8 770	0,9	6,8	8 804	1,2
43 Haute Loire	2,0	2 236	1,3	2,0	2 320	1,3	2,4	2 458	1,5
44 Loire Atlantique	1,0	14 036	0,1	6,1	15 829	0,6	5,8	15 795	0,6
45 Loiret	0,0	7 987	0,0	1,8	8 206	0,3	1,8	8 265	0,3
46 Lot	1,0	1 434	1,0	1,0	1 498	1,0	1,0	1 537	1,0
47 Lot et Garonne	0,0	3 176	0,0	1,0	3 172	0,5	2,0	3 173	0,9
48 Lozère	0,0	675	0,0	1,0	741	2,0	1,0	768	2,0
49 Maine et Loire	0,0	9 308	0,0	3,6	9 803	0,6	3,6	10 018	0,5
50 Manche	4,0	6 186	1,0	6,7	5 603	1,8	6,0	5 490	1,6
51 Marne	6,0	7 537	1,2	5,9	7 064	1,3	5,7	6 916	1,2
52 Haute Marne	0,0	2 589	0,0	0,0	2 186	0,0	0,0	2 100	0,0
53 Mayenne	3,0	3 598	1,3	4,0	3 932	1,5	4,0	3 846	1,6
54 Meurthe et Moselle	18,0	9 411	2,9	15,8	8 548	2,8	15,5	8 398	2,8
55 Meuse	4,0	2 555	2,3	2,8	2 247	1,9	3,0	2 218	2,0
56 Morbihan	6,0	7 509	1,2	6,2	7 838	1,2	5,8	7 817	1,1
57 Moselle	14,0	13 480	1,6	14,1	11 974	1,8	14,1	11 710	1,8
58 Nièvre	3,0	2 395	1,9	5,8	2 157	4,0	5,8	2 123	4,1
59 Nord	45,0	38 554	1,8	37,7	36 841	1,5	39,3	36 099	1,6
60 Oise	12,0	10 862	1,7	13,0	10 859	1,8	12,1	10 696	1,7

Nombre de sages-femmes de PMI (en ETP)

pour 1 500 enfants nés vivants

R 2112-7 au moins une sage-femme pour 1 500 enfants nés vivants

*Totaux estimés	1991			2003			2004		
	*sages-femmes en ETP	naissances en 1991	1 sage-femme pour 1 500 nés en 1991	*sages-femmes en ETP	naissances en 2003	1 sage-femme pour 1 500 nés en 2003	*sages-femmes en ETP	naissances en 2004	1 sage-femme pour 1 500 nés en 2004
DÉPARTEMENT									
61 Orne	2,0	3 512	0,9	2,9	3 357	1,3	3,1	3 323	1,4
62 Pas de Calais	16,0	20 207	1,2	21,1	19 460	1,6	21,3	18 888	1,7
63 Puy de Dôme	3,0	6 565	0,7	3,6	6 387	0,8	3,6	6 576	0,8
64 Pyrénées Atlantiques	1,0	6 295	0,2	3,0	6 335	0,7	2,8	6 436	0,7
65 Haute Pyrénées	2,0	2 345	1,3	2,8	2 170	1,9	2,8	2 144	2,0
66 Pyrénées Orientales	0,0	3 989	0,0	4,8	4 457	1,6	4,3	4 456	1,4
67 Bas Rhin	7,0	13 530	0,8	7,6	12 939	0,9	8,1	13 024	0,9
68 Haut Rhin	6,0	9 371	1,0	8,0	8 930	1,3	7,4	9 045	1,2
69 Rhône	10,0	22 675	0,7	17,0	23 297	1,1	17,6	23 376	1,1
70 Haute Saône	2,0	2 731	1,1	1,8	2 749	1,0	1,8	2 675	1,0
71 Saône et Loire	3,0	6 330	0,7	4,9	5 653	1,3	5,1	5 717	1,3
72 Sarthe	0,0	6 609	0,0	2,5	6 686	0,6	2,5	6 871	0,5
73 Savoie	3,0	4 661	1,0	4,4	4 660	1,4	4,4	4 687	1,4
74 Haute Savoie	2,0	8 523	0,4	5,8	8 680	1,0	5,5	8 839	0,9
75 Paris	18,0	31 681	0,9	22,4	32 237	1,0	23,7	31 493	1,1
76 Seine Maritime	18,0	17 757	1,5	15,5	15 547	1,5	15,8	15 862	1,5
77 Seine et Marne	14,0	16 825	1,2	11,5	17 728	1,0	12,2	17 501	1,0
78 Yvelines	6,0	20 430	0,4	15,5	19 655	1,2	15,5	19 937	1,2
79 Deux Sèvres	4,0	3 888	1,5	5,2	3 929	2,0	5,2	3 994	2,0
80 Somme	7,0	7 516	1,4	10,4	7 028	2,2	10,9	7 134	2,3
81 Tarn	4,0	3 565	1,7	7,1	3 596	3,0	7,1	3 579	3,0
82 Tarn et Garonne	0,0	2 292	0,0	1,9	2 413	1,2	2,9	2 398	1,8
83 Var	1,0	10 168	0,1	6,6	10 442	0,9	4,7	10 388	0,7
84 Vaucluse	2,0	6 328	0,5	4,0	6 334	0,9	4,0	6 547	0,9
85 Vendée	0,0	6 042	0,0	2,0	6 749	0,4	2,0	6 874	0,4
86 Vienne	2,0	4 263	0,7	3,0	4 573	1,0	3,0	4 594	1,0
87 Haute Vienne	3,0	3 346	1,3	2,8	3 594	1,2	2,8	3 449	1,2
88 Vosges	7,0	4 997	2,1	7,1	4 333	2,5	7,1	4 291	2,5
89 Yonne	5,0	3 889	1,9	5,3	3 848	2,1	5,3	3 710	2,1
90 Terr. de Belfort	2,0	1 848	1,6	1,9	1 803	1,6	1,9	1 896	1,5
91 Essonne	8,0	16 878	0,7	11,1	16 927	1,0	10,8	17 122	0,9
92 Hauts de Seine	13,0	22 399	0,9	16,2	24 515	1,0	16,0	24 607	1,0

Nombre de sages-femmes de PMI (en ETP)
pour 1 500 enfants nés vivants

R 2112.7 au moins une sage-femme pour 1 500 enfants nés vivants

	1991			2003			2004		
	*sages-femmes en ETP	naissances en 1991	1 sage-femme pour 1 500 nés en 1991	*sages-femmes en ETP	naissances en 2003	1 sage-femme pour 1 500 nés en 2003	*sages-femmes en ETP	naissances en 2004	1 sage-femme pour 1 500 nés en 2004
*Totaux estimés									
DÉPARTEMENT									
93 Seine St Denis	28,0	24 703	1,7	33,5	25 702	2,0	30,7	25 868	1,8
94 Val de Marne	35,0	19 066	2,8	27,3	19 608	2,1	27,3	18 298	2,2
95 Val d'Oise	15,0	17 461	1,3	16,3	17 152	1,4	17,8	17 346	1,5
971 Guadeloupe	26,0			30,0	13 141	3,4	26,2	13 700	2,9
972 Martinique	20,0			25,0	9 396	4,0	25,0	10 980	3,4
973 Guyanne	5,0			3,0	4 432	1,0	3,0	4 687	1,0
974 Réunion	16,0			20,0	2 990	10,0	20,0	3 090	9,7

Annexe 5.6. Normes de sages-femmes en 2004 et part des allocataires d'API et de RMI

Nombre de sages-femmes de PMI (en ETP) en 2004

pour 1 500 enfants nés en 2003

De 0 à 0,9 sages-femmes en ETP pour 1 500 enfants nés		45			
De 1 à 1,9 sages-femmes en ETP pour 1 500 enfants nés		R 2112-7			
DÉPARTEMENT	sages-femmes en ETP en 2004	naissances en 2003	1 sage-femme pour 1 500 nés en 2003	Part des alloc API/femmes de 15 à 50 ans	Part des Rmistes /population de 25 à 60 ans
Total estimé France métropolitaine	700,7	758 594	1,4	1,0%	4,0%
Total estimé D.O.M	74,2	32 457	3,4		
Total estimé France entière	774,9	791 051	1,5		
01 Ain	3,1	6 866	0,7	0,5%	1,6%
02 Aisne	6,7	6 841	1,5	1,9%	3,4%
03 Allier	2,9	3 391	1,3	1,3%	3,6%
04 Alpes de Haute-Provence	2,0	2 600	1,3	1,3%	3,4%
05 Hautes-Alpes	1,5	1 404	1,6	0,7%	2,0%
06 Alpes-Maritimes	2,0	2 600	1,3	1,3%	3,5%
07 Ardèche	3,6	3 367	1,6	1,1%	3,1%
08 Ardennes	4,0	3 532	1,7	1,8%	4,9%
09 Ariège	2,0	2 600	1,4	1,4%	5,7%
10 Aube	3,8	3 428	1,7	1,5%	3,6%
11 Calvados	2,0	2 600	1,9	1,9%	6,6%
12 Aveyron	1,0	2 558	0,6	0,6%	1,8%
13 Bouches du Rhône	25,3	23 908	1,6	1,9%	8,0%
14 Calvados	6,7	8 231	1,2	1,3%	3,3%
15 Cantal	1,0	1 344	1,1	0,6%	2,3%
16 Charente	3,3	3 401	1,5	1,2%	3,9%
17 Charente Maritime	5,8	5 935	1,5	1,3%	4,2%
18 Cher	2,0	2 600	1,4	1,4%	4,0%
19 Corrèze	1,0	2 133	0,7	0,8%	2,0%
20 Corse du Sud	2,0	2 600	1,1	1,1%	4,3%
21 Côte d'Or	6,1	6 079	1,5	1,5%	5,1%
22 Côtes d'Armor	6,5	6 413	1,5	0,7%	2,5%
23 Creuse	1,0	1 011	1,5	0,9%	2,4%
24 Dordogne	2,0	2 600	1,2	0,9%	3,2%
25 Doubs	3,6	6 529	0,8	1,2%	3,9%
26 Drôme	5,4	5 525	1,5	1,1%	2,8%
27 Eure	3,4	7 213	0,7	1,3%	3,7%
28 Eure et Loir	6,9	5 370	1,9	1,1%	2,7%
29 Finistère	11,6	9 900	1,8	0,9%	2,4%
30 Gard	2,0	2 600	1,8	0,8%	2,8%
31 Haute Garonne	2,0	13 989	0,2	2,1%	6,6%
32 Gers	1,0	1 635	0,9	1,0%	4,6%
33 Gironde	11,7	15 610	1,1	0,8%	2,5%
34 Hérault	2,0	2 600	1,1	1,1%	3,8%
35 Ille et Vilaine	9,1	12 134	1,1	2,0%	6,6%
36 Indre	0,0	2 312	0,0	0,7%	2,1%
37 Indre et Loire	6,4	6 620	1,5	0,9%	2,5%
38 Isère	11,5	14 885	1,2	0,9%	3,1%
39 Jura	3,0	2 964	1,5	0,8%	2,4%
40 Landes	2,0	2 600	1,0	0,9%	1,8%
41 Loir et Cher	4,4	3 617	1,8	1,0%	2,9%
42 Loire	6,8	8 804	1,2	0,9%	2,8%
43 Haute Loire	2,4	2 458	1,5	1,1%	2,9%
44 Loire Atlantique	5,8	15 795	0,6	0,8%	1,7%
45 Loiret	1,8	8 265	0,3	0,9%	3,1%

Nombre de sages-femmes de PMI (en ETP) en 2004

pour 1 500 enfants nés en 2003

De 0 à 0,9 sages-femmes en ETP pour 1 500 enfants nés			46		
De 1 à 1,9 sages-femmes en ETP pour 1 500 enfants nés					
			R 2112-7		
DÉPARTEMENT	sages-femmes en ETP en 2004	naissances en 2003	1 sage-femme pour 1 500 nés en 2003	Part des alloc API/femmes de 15 à 50 ans	Part des Rmistes /population de 25 à 60 ans
46 Lot	1,0	1 537	1,0	1,0%	3,1%
47 Lot et Garonne	2,0	3 173	0,9	1,3%	3,9%
48 Lot-et-Garonne	2,0	3 173	0,9	0,5%	2,0%
49 Maine et Loire	3,6	10 018	0,5	1,0%	2,8%
50 Manche	6,0	5 490	1,6	0,9%	2,4%
51 Marne	5,7	6 916	1,2	1,1%	2,8%
52 Haute Marne	0,0	2 100	0,0	1,4%	2,9%
53 Mayenne	4,0	3 846	1,6	0,6%	1,6%
54 Mayenne	4,0	3 846	1,6	1,3%	4,0%
55 Mayenne	4,0	3 846	1,6	1,4%	3,4%
56 Morbihan	5,8	7 817	1,1	0,8%	2,5%
57 Moselle	14,1	11 710	1,8	1,1%	2,7%
58 Moselle	14,1	11 710	1,8	1,4%	3,5%
59 Nord	39,3	36 099	1,6	2,1%	5,7%
60 Oise	12,1	10 696	1,7	1,3%	2,6%
61 Orne	3,1	3 323	1,4	1,2%	3,3%
62 Pas de Calais	21,3	18 888	1,7	2,3%	5,5%
63 Puy de Dôme	3,6	6 576	0,8	0,9%	3,0%
64 Pyrénées Atlantiques	2,8	6 436	0,7	1,0%	3,5%
65 Pyrénées Atlantiques	2,8	6 436	0,7	1,0%	3,4%
66 Pyrénées Orientales	4,3	4 456	1,4	2,7%	7,4%
67 Bas Rhin	8,1	13 024	0,9	1,0%	2,8%
68 Haut Rhin	7,4	9 045	1,2	0,9%	2,2%
69 Rhône	17,6	23 376	1,1	0,8%	3,6%
70 Haute Saône	1,8	2 675	1,0	1,2%	2,4%
71 Saône et Loire	5,1	5 717	1,3	1,0%	2,3%
72 Sarthe	2,5	6 871	0,5	1,1%	2,9%
73 Savoie	4,4	4 687	1,4	0,7%	1,8%
74 Haute Savoie	5,5	8 839	0,9	0,6%	1,7%
75 Paris	23,7	31 493	1,1	0,7%	5,1%
76 Seine Maritime	15,8	15 862	1,5	1,6%	4,3%
77 Seine et Marne	12,2	17 501	1,0	1,0%	2,0%
78 Yvelines	15,5	19 937	1,2	0,6%	1,7%
79 Yvelines	15,5	19 937	1,2	0,9%	2,2%
80 Yvelines	15,5	19 937	1,2	1,5%	3,9%
81 Yvelines	15,5	19 937	1,2	1,2%	3,9%
82 Tarn et Garonne	2,9	2 398	1,8	1,4%	4,0%
83 Var	4,7	10 388	0,7	1,5%	5,0%
84 Vaucluse	4,0	6 547	0,9	1,8%	4,7%
85 Vendée	2,0	6 874	0,4	0,6%	1,7%
86 Vienne	3,0	4 594	1,0	1,1%	3,6%
87 Haute Vienne	2,8	3 449	1,2	1,0%	3,1%
88 Haute Vienne	2,8	3 449	1,2	1,3%	2,8%
89 Haute Vienne	2,8	3 449	1,2	1,2%	2,6%
90 Terr.de Belfort	1,9	1 896	1,5	1,4%	3,5%
91 Essonne	10,8	17 122	0,9	1,0%	2,5%
92 Hauts de Seine	16,0	24 607	1,0	0,7%	3,0%
93 Seine St Denis	30,7	25 868	1,8	1,8%	7,0%
94 Seine St Denis	30,7	25 868	1,8	0,8%	3,9%
95 Val d'Oise	17,8	17 346	1,5	1,0%	3,1%

Nombre de sages-femmes de PMI (en ETP) en 2004

pour 1 500 enfants nés en 2003

De 0 à 0,9 sages-femmes en ETP pour 1 500 enfants nés					
De 1 à 1,9 sages-femmes en ETP pour 1 500 enfants nés					
De 2 à 2,9 sages-femmes en ETP pour 1 500 enfants nés		R 2112-7			
DÉPARTEMENT	sages-femmes en ETP en 2004	naissances en 2003	1 sage-femme pour 1 500 nés en 2003	Part des alloc API/femmes de 15 à 50 ans	Part des Rmistes /population de 25 à 60 ans
971 Guadeloupe	26,2	13 700	2,9	0,0%	
972 Martinique	25,0	10 980	3,4	0,0%	
973 Guyanne	3,0	4 687	1,0	0,0%	
974 Réunion	20,0	3 090	9,7	0,0%	

47

Annexe 5.7. Normes de puéricultrices – 1991 - 2003 - 2004

**Nombre de puéricultrices (en ETP) affectées au service de PMI
(services départementaux et conventionnés)**

R 2112-7 : au moins une puéricultrice pour 250 enfants nés vivants

DÉPARTEMENT	1991			2003			2004		
	Puéricultrices en ETP	Enfants nés en 1991	puér pour 250 nés en 1991	Puéricultrices en ETP	Enfants nés en 2002	puér pour 250 nés en 2002	Puéricultrices en ETP	Enfants nés en 2003	puér pour 250 nés en 2003
France métropolitaine	3 402	757 403	1,1	3 669,8	760 041	1,2	3 736,2	758 594	1,2
D.O.M	140			101,1	29 959	0,8	97,6	32 457	0,8
France entière	3 542	757 403		3 770,9	790 000	1,2	3 833,8	791 051	1,2
01 Ain	25,0	6 283	1,0	27,6	6 691	1,0	32,5	6 866	1,2
02 Aisne	36,0	7 423	1,2	29,4	6 906	1,1	26,4	6 841	1,0
03 Allier	10,0	3 496	0,7	17,2	3 289	1,3	16,9	3 391	1,2
04 Alpes de Haute-Prov	7,0	1 550	1,1	3,7	1 554	0,6	3,7	1 460	0,6
05 Hautes-Alpes	7,0	1 381	1,3	8,0	1 445	1,4	8	1 404	1,4
06 Alpes Maritimes	53,0	11 721	1,1	55,0	11 300	1,2	55,6	11 144	1,2
07 Ardèche	11,0	3 211	0,9	5,5	3 272	0,4	8,9	3 367	0,7
08 Ardennes	9,0	3 995	0,6	13,1	3 587	0,9	12,9	3 532	0,9
09 Ariège	4,0	1 371	0,7	5,0	1 315	1,0	5,7	1 350	1,1
10 Aube	10,0	3 701	0,7	11,4	3 387	0,8	11,4	3 428	0,8
11 Aude	15,0	3 157	1,2	21,3	3 266	1,6	21,3	3 421	1,6
12 Aveyron	14,0	2 511	1,4	22,7	2 622	2,2	22,2	2 558	2,2
13 Bouches du Rhône	72,0	23 314	0,8	82,4	24 083	0,9	81	23 908	0,8
14 Calvados	46,0	8 356	1,4	43,6	8 227	1,3	43,6	8 231	1,3
15 Cantal	7,0	1 476	1,2	9,7	1 465	1,7	9,7	1 344	1,8
16 Charente	19,0	3 752	1,3	19,5	3 423	1,4	20,3	3 401	1,5
17 Charente Maritime	33,0	5 587	1,5	42,6	5 796	1,8	38,6	5 935	1,6
18 Cher	18,0	3 573	1,3	10,8	3 267	0,8	10,1	3 301	0,8
19 Corrèze	10,0	2 120	1,2	14,2	2 243	1,6	14,8	2 133	1,7
2A Corse du Sud	9,0	1 450	1,6	10,9	1 312	2,1	10,2	1 232	2,1
2B Haute Corse	3,0	1 484	0,5	3,0	1 436	0,5	2	1 455	0,3
21 Côte Dor	28,0	6 314	1,1	32,2	5 942	1,4	31,6	6 079	1,3
22 Côtes d'Armor	26,0	5 701	1,1	38,7	6 337	1,5	37,8	6 413	1,5
23 Creuse	4,0	1 136	0,9	3,3	994	0,8	3,5	1 011	0,9
24 Dordogne	22,0	3 609	1,5	17,4	3 578	1,2	18,2	3 607	1,3
25 Doubs	23,0	6 776	0,8	22,5	6 367	0,9	23,7	6 529	0,9
26 Drôme	23,0	5 551	1,0	16,5	5 542	0,7	16,5	5 525	0,7
27 Eure	17,0	7 473	0,6	14,6	7 201	0,5	14,6	7 213	0,5
28 Eure et Loir	11,0	5 518	0,5	11,8	5 251	0,6	13,6	5 370	0,6

DÉPARTEMENT	1991			2003			2004		
	Puéricultrices en ETP	Enfants nés en 1991	puér pour 250 nés en 1991	Puéricultrices en ETP	Enfants nés en 2003	puér pour 250 nés en 2003	Puéricultrices en ETP	Enfants nés en 2004	puér pour 250 nés en 2004
29 Finistère	44,0	9 827	1,1	37,6	9 782	1,0	37,6	9 900	0,9
30 Gard	31,0	7 114	1,1	34,4	7 554	1,1	38,9	7 446	1,3
31 Haute Garonne	50,0	11 933	1,0	77,3	13 743	1,4	77,3	13 989	1,4
32 Gers	9,0	1 597	1,4	13,1	1 548	2,1	12,8	1 635	2,0
33 Gironde	59,0	14 892	1,0	67,7	15 704	1,1	72	15 610	1,2
34 Hérault	28,0	10 203	0,7	57,2	11 486	1,2	56,4	11 380	1,2
35 Ile et Vilaine	53,0	10 610	1,2	48,9	11 880	1,0	55,2	12 134	1,1
36 Indre	15,0	2 376	1,6	13,1	2 375	1,4	12,9	2 312	1,4
37 Indre et Loire	28,0	6 652	1,1	24,9	6 753	0,9	26	6 620	1,0
38 Isère	73,0	14 092	1,3	76,9	14 993	1,3	80,5	14 885	1,4
39 Jura	17,0	3 122	1,4	14,8	3 082	1,2	12,1	2 964	1,0
40 Landes	16,0	3 161	1,3	19,2	3 436	1,4	19,1	3 477	1,4
41 Loir et Cher	12,0	3 540	0,8	24,4	3 556	1,7	25,2	3 617	1,7
42 Loire	43,0	9 081	1,2	44,8	8 770	1,3	44,8	8 804	1,3
43 Haute Loire	3,0	2 236	0,3	11,0	2 320	1,2	11,6	2 458	1,2
44 Loire Atlantique	92,0	14 036	1,6	79,6	15 829	1,3	82,1	15 795	1,3
45 Loiret	25,0	7 987	0,8	37,1	8 206	1,1	36	8 265	1,1
46 Lot	7,0	1 434	1,2	10,1	1 498	1,7	10,1	1 537	1,6
47 Lot et Garonne	16,0	3 176	1,3	17,0	3 172	1,3	18,2	3 173	1,4
48 Lozère	4,0	675	1,5	5,6	741	1,9	5,6	768	1,8
49 Maine et Loire	50,0	9 308	1,3	49,1	9 803	1,3	51,7	10 018	1,3
50 Manche	15,0	6 186	0,6	22,9	5 603	1,0	20,2	5 490	0,9
51 Marne	20,0	7 537	0,7	20,7	7 064	0,7	19,5	6 916	0,7
52 Haute Marne	10,0	2 589	1,0	7,9	2 186	0,9	6,9	2 100	0,8
53 Mayenne	22,0	3 598	1,5	25,7	3 932	1,6	25	3 846	1,6
54 Meurthe et Moselle	44,0	9 411	1,2	49,3	8 548	1,4	50,5	8 398	1,5
55 Meuse	12,0	2 555	1,2	9,7	2 247	1,1	10,4	2 218	1,2
56 Morbihan	45,0	7 509	1,5	47,2	7 838	1,5	48	7 817	1,5
57 Moselle	64,0	13 480	1,2	79,9	11 974	1,7	88,8	11 710	1,9
58 Nièvre	8,0	2 395	0,8	6,9	2 157	0,8	6,7	2 123	0,8
59 Nord	186,0	38 554	1,2	213,5	36 841	1,4	213,9	36 099	1,5
60 Oise	24,0	10 862	0,6	13,3	10 859	0,3	18,9	10 696	0,4
61 Orne	19,0	3 512	1,4	18,2	3 357	1,4	18,2	3 323	1,4
62 Pas de Calais	99,0	20 207	1,2	111,2	19 460	1,4	119,2	18 888	1,6
63 Puy de Dôme	37,0	6 565	1,4	40,9	6 387	1,6	40,85	6 576	1,6
64 Pyrénées Atlantiques	29,0	6 295	1,2	28,5	6 335	1,1	29,1	6 436	1,1
65 Haute Pyrénées	12,0	2 345	1,3	15,1	2 170	1,7	13	2 144	1,5

DÉPARTEMENT	1991			2003			2004		
	Puéricultrices en ETP	Enfants nés en 1991	puér pour 250 nés en 1991	Puéricultrices en ETP	Enfants nés en 2002	puér pour 250 nés en 2002	Puéricultrices en ETP	Enfants nés en 2003	puér pour 250 nés en 2003
66 Pyrénées Orientales	12,0	3 989	0,8	16,0	4 457	0,9	18,4	4 456	1,0
67 Bas Rhin	58,0	13 530	1,1	64,5	12 939	1,2	67,53	13 024	1,3
68 Haut Rhin	39,0	9 371	1,0	37,9	8 930	1,1	39,3	9 045	1,1
69 Rhône	118,0	22 675	1,3	144,5	23 297	1,6	142	23 376	1,5
70 Haute Saône	7,0	2 731	0,6	6,2	2 749	0,6	6,3	2 675	0,6
71 Saône et Loire	24,0	6 330	0,9	23,4	5 653	1,0	23,2	5 717	1,0
72 Sarthe	108,0	6 609	4,1	43,4	6 686	1,6	42,1	6 871	1,5
73 Savoie	27,0	4 661	1,4	27,4	4 660	1,5	27,8	4 687	1,5
74 Haute Savoie	16,0	8 523	0,5	30,7	8 680	0,9	30,7	8 839	0,9
75 Paris	130,0	31 681	1,0	120,3	32 237	0,9	120,4	31 493	1,0
76 Seine Maritime	80,0	17 757	1,1	65,6	15 547	1,1	66,5	15 862	1,0
77 Seine et Marne	68,0	16 825	1,0	79,4	17 728	1,1	77	17 501	1,1
78 Yvelines	86,0	20 430	1,1	92,8	19 655	1,2	92,8	19 937	1,2
79 Deux Sèvres	22,0	3 888	1,4	22,2	3 929	1,4	22,2	3 994	1,4
80 Somme	45,0	7 516	1,5	51,0	7 028	1,8	55,9	7 134	2,0
81 Tarn	22,0	3 565	1,5	28,9	3 596	2,0	29,95	3 579	2,1
82 Tarn et Garonne	9,0	2 292	1,0	10,7	2 413	1,1	10,5	2 398	1,1
83 Var	22,0	10 168	0,5	52,7	10 442	1,3	55,2	10 388	1,3
84 Vaucluse	25,0	6 328	1,0	31,8	6 334	1,3	31,9	6 547	1,2
85 Vendée	41,0	6 042	1,7	36,0	6 749	1,3	35,2	6 874	1,3
86 Vienne	13,0	4 263	0,8	16,8	4 573	0,9	16,5	4 594	0,9
87 Haute Vienne	16,0	3 346	1,2	18,2	3 594	1,3	18,6	3 449	1,3
88 Vosges	12,0	4 997	0,6	19,9	4 333	1,1	19,4	4 291	1,1
89 Yonne	16,0	3 889	1,0	10,4	3 848	0,7	9,2	3 710	0,6
90 Terr. de Belfort	9,0	1 848	1,2	8,2	1 803	1,1	8,1	1 896	1,1
91 Essonne	73,0	16 878	1,1	108,2	16 927	1,6	114,7	17 122	1,7
92 Hauts de Seine	99,0	22 399	1,1	121,3	24 515	1,2	123,1	24 607	1,3
93 Seine St Denis	127,0	24 703	1,3	121,1	25 702	1,2	121,1	25 868	1,2
94 Val de Marne	125,0	19 066	1,6	113,0	19 608	1,4	114,7	18 298	1,6
95 Val d'Oise	60,0	17 461	0,9	59,3	17 152	0,9	65,4	17 346	0,9
971 Guadeloupe	24,0			31,0	13 141	0,6	28	13 700	0,5
972 Martinique	24,0			28,0	9 396	0,7	28	10 980	0,6
973 Guyanne	8,0			9,9	4 432	0,6	10	4 687	0,5
974 Réunion	84,0			32,2	2 990	2,7	31,6	3 090	2,6

Annexe 5.8. Normes d'infirmières (équivalent puéricultrices) 1991 – 2003 - 2004

Infirmières (en ETP) affectées au service de PMI

Art. R 2112-7 : 1 infirmière pour 250 enfants nés vivants

DÉPARTEMENT	1991			2003			2004		
	Infirmières en 1991	enfants nés en 1991	pour 250 nés en 1991	Infirmières en ETP 2003	enfants nés en 2002	pour 250 nés en 2002	Infirmières en ETP 2004	enfants nés en 2003	pour 250 nés en 2003
Total estimé France métropolitaine	1 031	757 403	0,3	1 128,7	760 041	0,4	1 122,0	758 594	0,4
Total estimé D.O.M	54			79,5	29 959	0,7	80,7	32 457	0,6
Total estimé France entière	1 085	757 403		1 208,2	790 000	0,4	1 202,7	791 051	0,4
01 Ain	0	6 283	0,0	8,7	6 691	0,3	13,4	6 866	0,5
02 Aisne	0	7 423	0,0	7,4	6 906	0,3	8,8	6 841	0,3
03 Allier	0	3 496	0,0	0,0	3 289	0,0	0,0	3 391	0,0
04 Alpes de Haute-Prov	5	1 550	0,8	8,1	1 554	1,3	7,5	1 460	1,3
05 Hautes-Alpes	1	1 381	0,2	1,0	1 445	0,2	1,0	1 404	0,2
06 Alpes Maritimes	33	11 721	0,7	20,7	11 300	0,5	19,7	11 144	0,4
07 Ardèche	3	3 211	0,2	13,3	3 272	1,0	17,2	3 367	1,3
08 Ardennes	8	3 995	0,5	6,0	3 587	0,4	6,3	3 532	0,4
09 Ariège	4	1 371	0,7	2,8	1 315	0,5	2,8	1 350	0,5
10 Aube	12	3 701	0,8	13,9	3 387	1,0	13,9	3 428	1,0
11 Aude	9	3 157	0,7	10,4	3 266	0,8	10,4	3 421	0,8
12 Aveyron	8	2 511	0,8	2,1	2 622	0,2	2,1	2 558	0,2
13 Bouches du Rhône	52	23 314	0,6	60,5	24 083	0,6	60,6	23 908	0,6
14 Calvados	4	8 356	0,1	2,0	8 227	0,1	2,0	8 231	0,1
15 Cantal	5	1 476	0,8	2,9	1 465	0,5	2,9	1 344	0,5
16 Charente	3	3 752	0,2	2,5	3 423	0,2	2,5	3 401	0,2
17 Charente Maritime	0	5 587	0,0	5,0	5 796	0,2	7,3	5 935	0,3
18 Cher	1	3 573	0,1	6,5	3 267	0,5	9,0	3 301	0,7
19 Corrèze	1	2 120	0,1	1,0	2 243	0,1	1,0	2 133	0,1
2A Corse du Sud	5	1 450	0,9	9,3	1 312	1,8	9,8	1 232	2,0
2B Haute Corse	5	1 484	0,8	4,0	1 436	0,7	4,0	1 455	0,7
21 Côte Dor	1	6 314	0,0	2,3	5 942	0,1	1,3	6 079	0,1
22 Côtes d'Armor	13	5 701	0,6	1,0	6 337	0,0	1,0	6 413	0,0
23 Creuse	8	1 136	1,8	6,6	994	1,7	6,8	1 011	1,7
24 Dordogne	2	3 609	0,1	0,8	3 578	0,1	0,8	3 607	0,1
25 Doubs	38	6 776	1,4	32,6	6 367	1,3	35,5	6 529	1,4
26 Drôme	25	5 551	1,1	39,0	5 542	1,8	39,0	5 525	1,8
27 Eure	25	7 473	0,8	24,5	7 201	0,9	24,5	7 213	0,8
28 Eure et Loir	19	5 518	0,9	22,5	5 251	1,1	22,7	5 370	1,1
29 Finistère	32	9 827	0,8	30,7	9 782	0,8	30,7	9 900	0,8
30 Gard	23	7 114	0,8	20,5	7 554	0,7	24,8	7 446	0,8

Infirmières (en ETP) affectées au service de PMI

Art. R.2112-7 : 1 infirmière pour 250 enfants nés vivants

DÉPARTEMENT	1991			2003			2004		
	Infirmières en 1991	enfants nés en 1991	pour 250 nés en 1991	Infirmières en ETP 2003	enfants nés en 2002	pour 250 nés en 2002	Infirmières en ETP 2004	enfants nés en 2003	pour 250 nés en 2003
31 Haute Garonne	0	11 933	0,0	0,0	13 743	0,0	0,0	13 989	0,0
32 Gers	0	1 597	0,0	0,0	1 548	0,0	0,0	1 635	0,0
33 Gironde	0	14 892	0,0	0,0	15 704	0,0	0,0	15 610	0,0
34 Hérault	0	10 203	0,0	0,9	11 486	0,0	0,9	11 380	0,0
35 Ille et Vilaine	0	10 610	0,0	19,7	11 880	0,4	21,1	12 134	0,4
36 Indre	6	2 376	0,6	6,8	2 375	0,7	7,1	2 312	0,8
37 Indre et Loire	0	6 652	0,0	8,3	6 753	0,3	8,1	6 620	0,3
38 Isère	9	14 092	0,2	15,5	14 983	0,3	6,2	14 885	0,1
39 Jura	4	3 122	0,3	22,3	3 082	1,8	13,6	2 964	1,1
40 Landes	0	3 161	0,0	3,7	3 436	0,3	2,9	3 477	0,2
41 Loir et Cher	7	3 540	0,5	1,5	3 556	0,1	1,0	3 617	0,1
42 Loire	0	9 081	0,0	9,9	8 770	0,3	9,4	8 804	0,3
43 Haute Loire	3	2 236	0,3	3,0	2 320	0,3	2,3	2 458	0,2
44 Loire Atlantique	0	14 036	0,0	4,4	15 829	0,1	4,4	15 795	0,1
45 Loiret	1	7 987	0,0	4,3	8 206	0,1	4,3	8 265	0,1
46 Lot	0	1 434	0,0	6,0	1 498	1,0	6,0	1 537	1,0
47 Lot et Garonne	6	3 176	0,5	2,1	3 172	0,2	11,6	3 173	0,9
48 Lozère	0	675	0,0	0,0	741	0,0	0,0	768	0,0
49 Maine et Loire	9	9 308	0,2	9,0	9 803	0,2	9,0	10 018	0,2
50 Manche	16	6 186	0,6	17,8	5 603	0,8	20,1	5 490	0,9
51 Marne	9	7 537	0,3	15,1	7 064	0,5	14,9	6 916	0,5
52 Haute Marne	3	2 589	0,3	10,1	2 186	1,2	10,1	2 100	1,2
53 Mayenne	3	3 598	0,2	1,1	3 932	0,1	2,0	3 846	0,1
54 Meurthe et Moselle	8	9 411	0,2	7,0	8 548	0,2	8,0	8 398	0,2
55 Meuse	6	2 555	0,6	7,1	2 247	0,8	5,5	2 218	0,6
56 Morbihan	6	7 509	0,2	2,6	7 838	0,1	1,0	7 817	0,0
57 Moselle	21	13 480	0,4	21,4	11 974	0,4	15,3	11 710	0,3
58 Nièvre	3	2 395	0,3	7,1	2 157	0,8	5,5	2 123	0,6
59 Nord	97	38 554	0,6	74,4	36 841	0,5	86,6	36 099	0,6
60 Oise	36	10 862	0,8	47,7	10 859	1,1	40,6	10 696	0,9
61 Orne	3	3 512	0,2	1,3	3 357	0,1	1,3	3 323	0,1
62 Pas de Calais	0	20 207	0,0	0,0	19 460	0,0	0,0	18 888	0,0
63 Puy de Dôme	2	6 565	0,1	2,0	6 387	0,1	2,0	6 576	0,1
64 Pyrénées Atlantiques	13	6 295	0,5	0,0	6 335	0,0	1,6	6 436	0,1

Infirmières (en ETP) affectées au service de PMI

Art. R. 2112.7 : 1 infirmière pour 250 enfants nés vivants

DÉPARTEMENT	1991			2003			2004		
	Infirmières en 1991	enfants nés en 1991	pour 250 nés en 1991	Infirmières en ETP 2003	enfants nés en 2002	pour 250 nés en 2002	Infirmières en ETP 2004	enfants nés en 2003	pour 250 nés en 2003
65 Haute Pyrénées	0	2 345	0,0	7,2	2 170	0,8	6,8	2 144	0,8
66 Pyrénées Orientales	0	3 989	0,0	0,0	4 457	0,0	0,0	4 456	0,0
67 Bas Rhin	6	13 530	0,1	3,6	12 939	0,1	2,6	13 024	0,0
68 Haut Rhin	0	9 371	0,0	1,6	8 930	0,0	1,6	9 045	0,0
69 Rhône	39	22 675	0,4	53,4	23 297	0,6	52,6	23 376	0,6
70 Haute Saône	7	2 731	0,6	8,0	2 749	0,7	8,0	2 675	0,7
71 Saône et Loire	4	6 330	0,2	5,4	5 653	0,2	4,8	5 717	0,2
72 Sarthe	0	6 609	0,0	0,0	6 686	0,0	0,0	6 871	0,0
73 Savoie	0	4 661	0,0	0,8	4 660	0,0	0,5	4 687	0,0
74 Haute Savoie	3	8 523	0,1	4,5	8 680	0,1	4,5	8 839	0,1
75 Paris	0	31 681	0,0	3,9	32 237	0,0	0,0	31 493	0,0
76 Seine Maritime	38	17 757	0,5	72,6	15 547	1,2	72,1	15 862	1,1
77 Seine et Marne	26	16 825	0,4	30,7	17 728	0,4	33,4	17 501	0,5
78 Yvelines	18	20 430	0,2	23,8	19 655	0,3	23,8	19 937	0,3
79 Deux Sèvres	0	3 888	0,0	4,8	3 929	0,3	4,8	3 994	0,3
80 Somme	15	7 516	0,5	9,3	7 028	0,3	7,0	7 134	0,2
81 Tarn	0	3 565	0,0	0,0	3 596	0,0	0,0	3 579	0,0
82 Tarn et Garonne	4	2 292	0,4	3,9	2 413	0,4	3,9	2 398	0,4
83 Var	11	10 168	0,3	0,0	10 442	0,0	0,0	10 388	0,0
84 Vaucluse	0	6 328	0,0	1,6	6 334	0,1	1,6	6 547	0,1
85 Vendée	4	6 042	0,2	3,4	6 749	0,1	3,5	6 874	0,1
86 Vienne	4	4 263	0,2	1,3	4 573	0,1	3,3	4 594	0,2
87 Haute Vienne	0	3 346	0,0	5,0	3 594	0,3	5,0	3 449	0,4
88 Vosges	8	4 997	0,4	0,0	4 333	0,0	0,0	4 291	0,0
89 Yonne	13	3 889	0,8	15,8	3 848	1,0	15,1	3 710	1,0
90 Terr. de Belfort	0	1 848	0,0	1,5	1 803	0,2	1,5	1 896	0,2
91 Essonne	53	16 878	0,8	42,2	16 927	0,6	46,6	17 122	0,7
92 Hauts de Seine	45	22 399	0,5	8,3	24 515	0,1	8,1	24 607	0,1
93 Seine St Denis	2	24 703	0,0	20,5	25 702	0,2	20,5	25 868	0,2
94 Val de Marne	65	19 066	0,9	38,6	19 608	0,5	38,6	18 298	0,5
95 Val d'Oise	50	17 461	0,7	56,3	17 152	0,8	40,1	17 346	0,6
971 Guadeloupe	10	17 461	0,3	14,0	13 141	0,3	15,9	13 700	0,3
972 Martinique	12	12,0	0,3	12,0	9 396	0,3	12,0	10 980	0,3
973 Guyanne	32	23,1	1,3	23,1	4 432	1,3	23,1	4 687	1,2

Infirmières (en ETP) affectées au service de PMI

Art. R 2112-7 : 1 infirmière pour 250 enfants nés vivants

	1991		2003		2004		
	Infirmières en 1991	enfants nés en 1991	Infirmières en ETP 2003	enfants nés en 2002	Infirmières en ETP 2004	enfants nés en 2003	pour 250 nés en 2003
974 Réunion	0		30,4	2 990	29,7	3 090	2,4
		pour 250 nés en 1991		pour 250 nés en 2002			

Annexe 5.9. Normes de puéricultrices en 2004 et part de sallocataires d'API et de RMI

Nombre de puéricultrices (en ETP) affectées au service de PMI en 2004

de 0 à 0,9 puér pour 250 enfants nés		de 1 à 1,5 puér pour 250 enfants nés		R 2112-7			
DÉPARTEMENT		Puéricultrices en ETP en 2004	Enfants nés en 2003	1 puér pour 250 nés en 2003	Part des alloc API/femmes de 15 à 50 ans	Part des Rmistés /population de 25 à 60 ans	
Total estimé France métropolitaine		3 736,2	758 594	1,2	1,0%	4,0%	
Total estimé D.O.M		97,6	32 457	0,8			
Total estimé France entière		3 833,8	791 051	1,2			
01 Ain		32,5	6 866	1,2	0,5%	1,6%	
02 Aisne		26,4	6 841	1,0	1,9%	3,4%	
03 Allier		16,9	3 391	1,2	1,3%	3,6%	
04 Alpes de Haute-Prov		3,7	1 460	0,6	1,3%	3,4%	
05 Hautes-Alpes		8,0	1 404	1,4	0,7%	2,0%	
06 Alpes Maritimes		55,6	11 144	1,2	1,3%	3,5%	
07 Ardèche		8,9	3 367	0,7	1,1%	3,1%	
08 Ardennes		12,9	3 532	0,9	1,8%	4,9%	
09 Ariège		5,7	1 350	1,1	1,4%	5,7%	
10 Aube		11,4	3 428	0,8	1,5%	3,6%	
12 Aveyron		22,2	2 558	2,2	1,9%	6,6%	
13 Bouches du Rhône		81,9	23 908	0,8	0,6%	1,8%	
14 Calvados		43,6	8 231	1,3	1,9%	8,0%	
16 Charente		20,3	3 401	1,5	1,3%	3,3%	
18 Cher		10,1	3 301	0,8	0,6%	2,3%	
20 Corse		2,0	1 455	0,3	1,2%	3,9%	
21 Côte Dor		31,6	6 079	1,3	1,3%	4,2%	
22 Côtes d'Armor		37,8	6 413	1,5	1,4%	4,0%	
23 Creuse		3,5	1 041	0,9	0,8%	2,0%	
24 Dordogne		18,2	3 607	1,3	1,1%	4,3%	
25 Doubs		23,7	6 529	0,9	1,5%	5,1%	
26 Drôme		16,5	5 525	0,7	0,7%	2,5%	
27 Eure		14,6	7 213	0,5	0,9%	2,4%	
28 Eure-et-Loir		18,6	5 370	0,6	0,9%	3,2%	

Nombre de puéricultrices (en ETP) affectées au service de PMI en 2004

DÉPARTEMENT	de 0 à 0,9 puér pour 250 enfants nés		de 1 à 1,5 puér pour 250 enfants nés		R 2112-7	Part des alloc API/femmes de 15 à 50 ans	Part des Rmistes /population de 25 à 60 ans
	Puéricultrices en ETP en 2004	Enfants nés en 2003	1 puér pour 250 nés en 2003	1,5 puér pour 250 nés en 2003			
29 Finistère	37,6	9 900	0,9		0,8%	2,8%	
30 Gard	38,9	7 446	1,3		2,1%	6,6%	
31 Haute Garonne	77,3	13 989	1,4		1,0%	4,6%	
33 Gironde	72,0	15 610	1,2		0,8%	2,5%	
34 Hérault	56,4	11 380	1,2		1,1%	3,8%	
35 Ile et Vilaine	55,2	12 134	1,1		2,0%	6,6%	
36 Indre	12,9	2 312	1,4		0,7%	2,1%	
37 Indre et Loire	26,0	6 620	1,0		0,9%	2,5%	
38 Isère	80,5	14 885	1,4		0,9%	3,1%	
39 Jura	12,1	2 964	1,0		0,8%	2,4%	
40 Landes	19,1	3 477	1,4		0,9%	1,8%	
42 Loire	44,8	8 804	1,3		1,0%	2,9%	
43 Haute Loire	11,6	2 458	1,2		0,9%	2,8%	
44 Loire Atlantique	82,1	15 795	1,3		1,1%	1,7%	
45 Loiret	36,0	8 265	1,1		0,9%	3,1%	
47 Lot et Garonne	18,2	3 173	1,4		0,9%	2,6%	
49 Maine et Loire	51,7	10 018	1,3		1,0%	3,1%	
50 Manche	20,2	5 490	0,9		1,3%	3,9%	
51 Marne	19,5	6 916	0,7		0,5%	2,0%	
52 Haute Marne	6,9	2 100	0,8		1,0%	2,8%	
54 Meurthe et Moselle	50,5	8 398	1,5		1,0%	1,6%	
55 Meuse	10,4	2 218	1,2		1,3%	4,0%	
56 Morbihan	48,0	7 817	1,5		1,4%	3,4%	
58 Nièvre	6,7	2 123	0,8		0,8%	2,5%	
59 Nord	213,9	36 099	1,5		1,1%	2,7%	
60 Oise	18,9	10 696	0,4		1,4%	3,5%	

Nombre de puéricultrices (en ETP) affectées au service de PMI en 2004

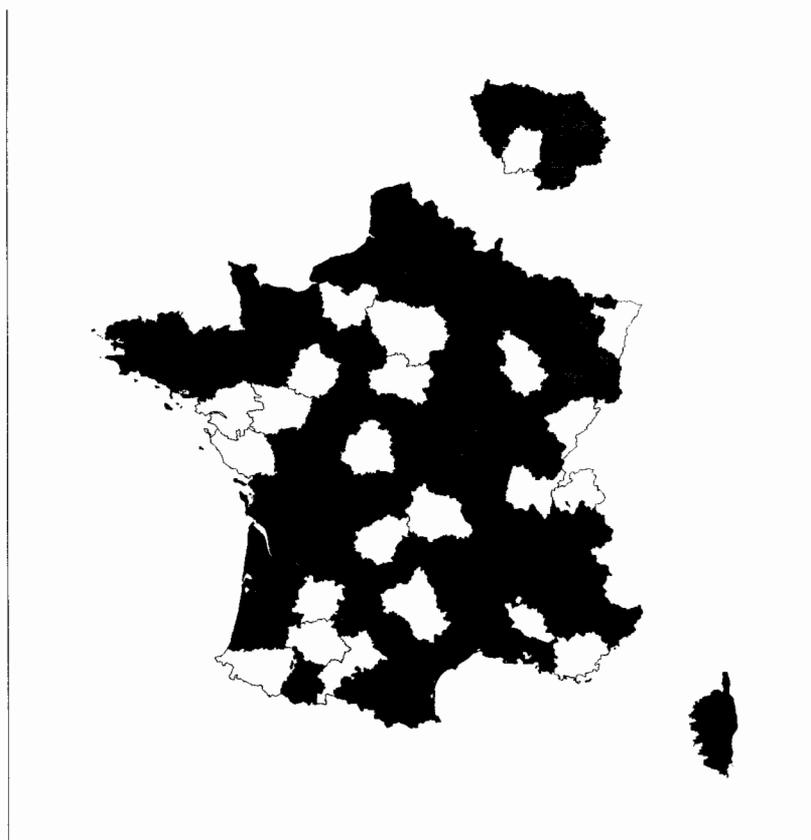
de 0 à 0,9 puér pour 250 enfants nés de 1 à 1,5 puér pour 250 enfants nés		R 2112-7			Part des alloc API/femmes de 15 à 50 ans		Part des Rmistés /population de 25 à 60 ans	
DÉPARTEMENT	Puéricultrices en ETP en 2004	Enfants nés en 2003	1 puér pour 250 nés en 2003					
61 Orne	18,2	3 323	1,4		1,2%	3,3%		
64 Pyrénées Atlantiques	29,1	6 436	1,1		2,3%	5,5%		
65 Haute Pyrénées	13,0	2 144	1,5		0,9%	3,0%		
66 Pyrénées Orientales	18,4	4 456	1,0		1,0%	3,5%		
67 Bas Rhin	67,5	13 024	1,3		2,7%	7,4%		
68 Haut Rhin	39,3	9 045	1,1		1,0%	2,8%		
69 Rhône	142,0	23 376	1,5		0,9%	2,2%		
70 Haute Saône	6,8	2 675	0,6		0,8%	3,6%		
71 Saône et Loire	23,2	5 717	1,0		1,2%	2,4%		
72 Sarthe	42,1	6 871	1,5		1,0%	2,3%		
73 Savoie	27,8	4 687	1,5		1,1%	2,9%		
74 Haute Savoie	30,7	8 839	0,9		0,7%	1,8%		
75 Paris	120,4	31 493	1,0		0,6%	1,7%		
76 Seine Maritime	66,5	15 862	1,0		0,7%	5,1%		
77 Seine et Marne	77,0	17 501	1,1		1,6%	4,3%		
78 Yvelines	92,8	19 937	1,2		1,0%	2,0%		
79 Deux Sèvres	22,2	3 994	1,4		0,6%	1,7%		
82 Tarn et Garonne	10,5	2 398	1,1		0,9%	2,2%		
83 Var	55,2	10 388	1,3		1,5%	3,9%		
84 Vaucluse	31,9	6 547	1,2		1,2%	3,9%		
85 Vendée	35,2	6 874	1,3		1,4%	4,0%		
86 Vienne	16,5	4 554	0,9		1,5%	3,9%		
87 Haute Vienne	18,6	3 449	1,3		1,2%	3,9%		
88 Vosges	19,4	4 291	1,1		1,4%	4,0%		
89 Yonne	9,2	3 710	0,6		1,5%	5,0%		
90 Terr. de Belfort	8,1	1 896	1,1		1,8%	4,7%		
92 Hauts de Seine	123,1	24 607	1,3		0,6%	1,7%		
					1,1%	3,6%		
					1,1%	3,1%		
					1,0%	3,1%		
					1,3%	2,8%		
					1,2%	2,6%		
					1,4%	3,5%		
					1,0%	2,5%		
					0,7%	3,0%		

Nombre de puéricultrices (en ETP) affectées au service de PMI en 2004

de 0 à 0,9 puér pour 250 enfants nés
de 1 à 1,5 puér pour 250 enfants nés

DÉPARTEMENT	R 2112-7				
	Puéricultrices en ETP en 2004	Enfants nés en 2003	1 puér pour 250 nés en 2003	Part des alloc AP/femmes de 15 à 50 ans	Part des Rmistés /population de 25 à 60 ans
93 Seine St Denis	121,1	25 868	1,2	1,8%	7,0%
95 Val d'Oise	65,4	17 346	0,9	0,8%	3,9%
971 Guadeloupe	28,0	13 700	0,5	1,0%	3,1%
972 Martinique	28,0	10 980	0,6	0,0%	
973 Guyanne	10,0	4 687	0,5	0,0%	
974 Réunion	31,6	3 090	2,6	0,0%	

Annexe 5.10. Carte des sages-femmes

Carte des sages-femmesR 2112-7 - Une sage-femme (en ETP) pour 1 500 enfants nés vivants en 2004

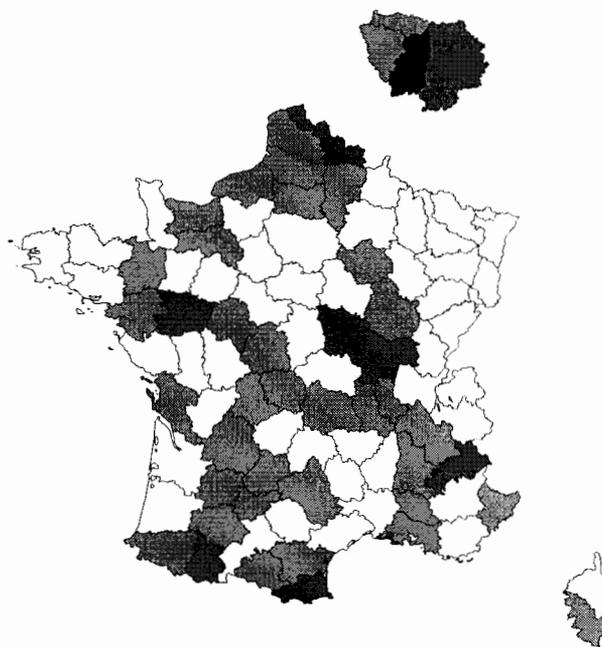
Sages-femmes pour 1 500 enfants nés

	0 - 0.9	22 départements
	1 - 1.9	52 départements
	2 - 4.8	22 départements

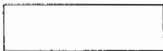
A rapprocher de la carte des allocataires de l'API et du RMI

Annexe 5.11. Carte des puéricultrices

Annexe 5.12. Carte des consultations infantiles

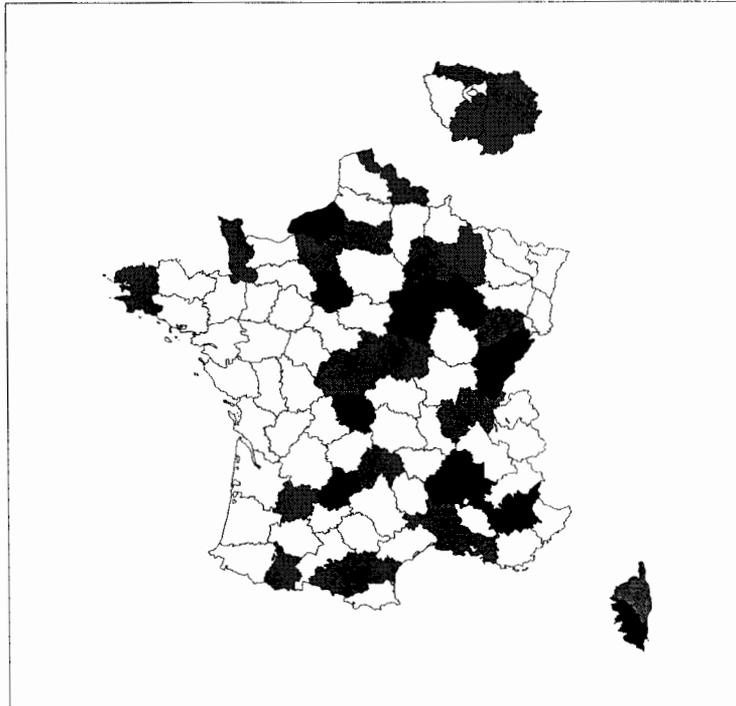
Carte des consultations infantiles**R 2112-6 - Une demi-journée de consultation par semaine pour 200 enfants nés vivants
en 2004**

demi-journées/semaine pr 200 enf.nés

	0.0 - 0.9	47 départements
	1.0 - 1.9	36 départements
	2.0 - 3.7	5 départements
	Non dispo	8 départements

A rapprocher de la carte des allocataires de l'API et du RMI

Annexe 5.13. Carte des infirmières

Carte des infirmières**R 2112-7 - Une infirmière (en équivalent puéricultrices) pour 250 enfants nés vivants en 2004**

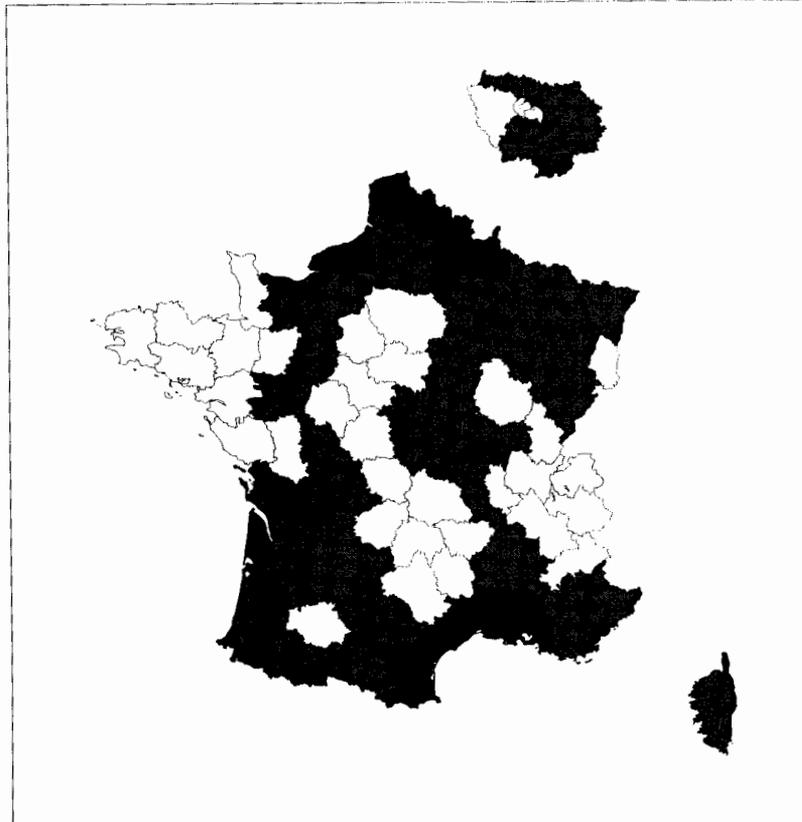
Infirmières en ETP pour 250 enfants nés vivants

□	0.0 - 0.4	58 départements
■	0.5 - 0.9	25 départements
■	1.00 - 1.5	10 départements
■	1.6 - 1.9	3 départements

A rapprocher de la carte des allocataires d'API et du RMI

Annexe 5.14. Carte des allocataires de l'API

Part (en %) des allocataires de l'API rapportée à la population féminine 15 à 50 ans en 2004

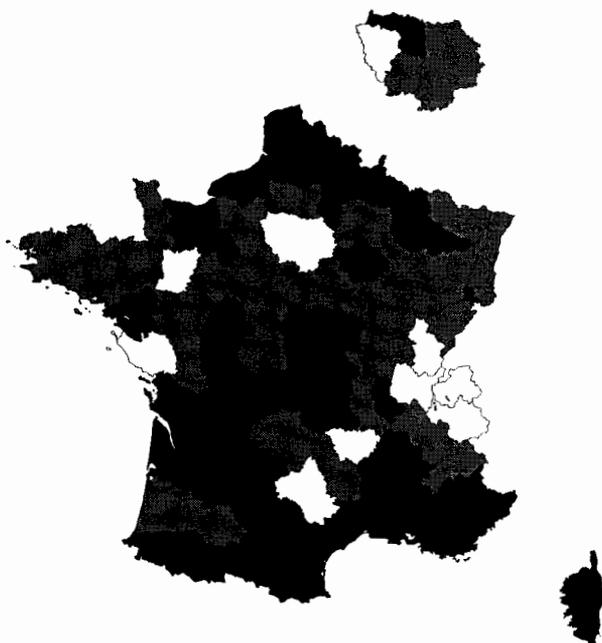


Part (%) de APistes/femmes de 15 à 50 ans

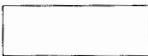
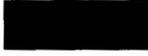
	0.5 - 0.9	35 départements
	1.0 - 1.5	49 départements
	1.6 - 2.7	12 départements

A rapprocher de la carte des puéricultrices, des infirmières et des sages-femmes

Annexe 5.15. Carte des allocataires du RMI

Part (en %) des allocataires du RMI rapportée à la population de 25 à 60 ans en 2004

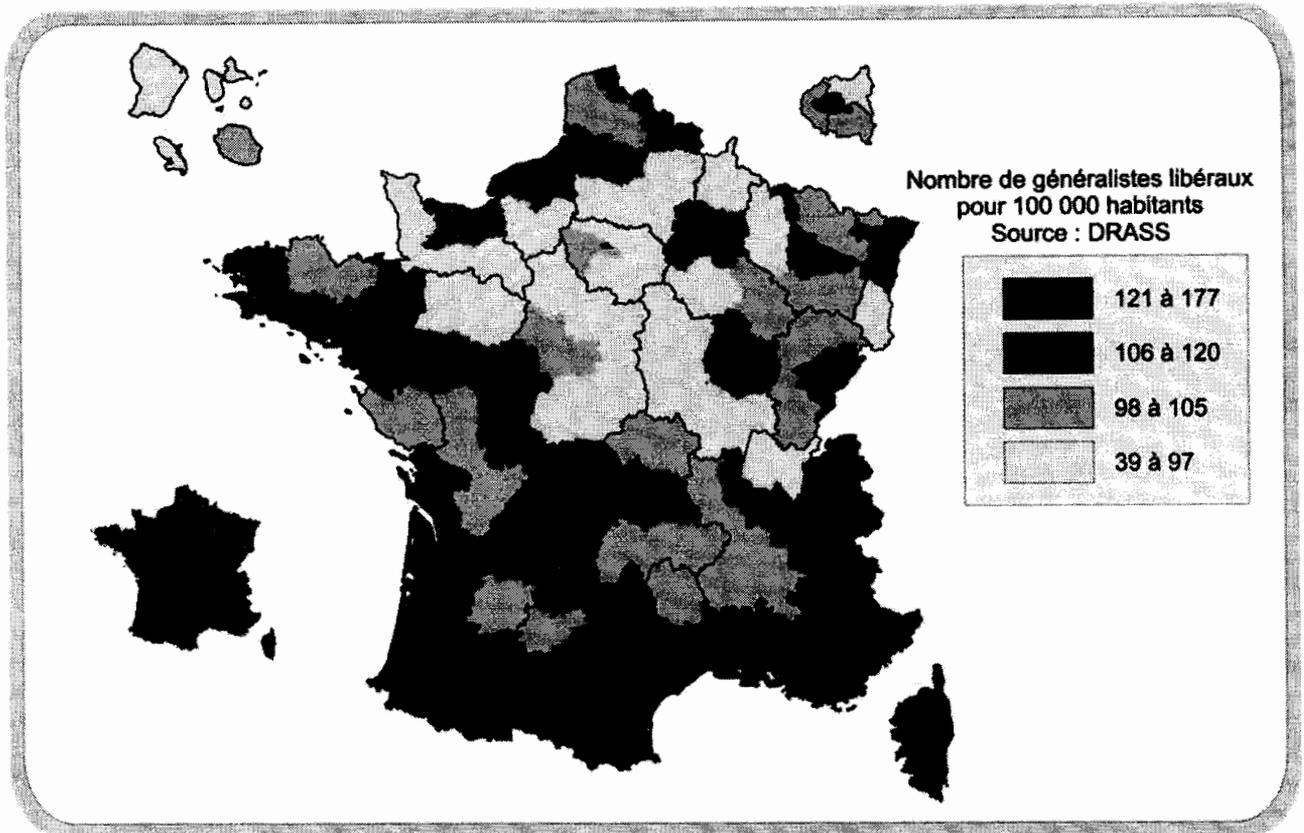
Part (%) de RMistes/pop. 25 à 60 ans

	1.6 - 1.9	9 départements
	2.0 - 2.9	35 départements
	3.0 - 3.9	31 départements
	4.0 - 8.0	21 départements

A rapprocher de la carte des puéricultrices, des infirmières et des sages-femmes

Annexe 5.16. Carte de la densité de médecins généralistes (et commentaires)

Densité des médecins généralistes libéraux au 01/01/2004



Cette carte, mise en regard de celle des puéricultrices fait apparaître que :

- il n'y a pas de département à très forte densité de médecins (de 121 à 177 médecins pour 100 000 habitants) parmi les 17 départements les plus pourvus en puéricultrices à l'exception de la Charente Maritime
- en revanche les départements du Centre élargi vers l'Est où la densité médicale est faible connaissent aussi pour partie une pénurie de puéricultrices qui les situent au dessous des normes.
- la corrélation inverse entre l'activité infantile et singulièrement le taux de puéricultrices et la densité médicale existe mais n'est pas rigoureuse. Il peut y avoir dans certains départements des cumuls et non des compensations de pénuries.

**Annexe 5.17. Nombre de femmes vues à domicile par des sages-femmes
(1991 – 2003 – 2004)**

* Les totaux ne sont pas estimés
ND = non disponible

Nbre de femmes vues à domicile par des
sages-femmes au moins une fois dans
l'année

DÉPARTEMENT	1991	2003	2004
France métropolitaine		78 530	92 806
DOM		2 458	4 597
France entière		80 988	97 403
1 AIN	108	179	395
2 AISNE	372	1 308	1 339
3 ALLIER	745	789	706
4 ALPES DE HTE PROV	339	216	149
5 HAUTES ALPES	ND	132	ND
6 ALPES MARITIMES	1 285	1 513	1 513
7 ARDECHE	85	336	317
8 ARDENNES	1 683	1 244	1 073
9 ARIEGE	ND	128	341
10 AUBE	572	698	771
11 AUDE	534	621	666
12 AVEYRON	34	142	120
13 BOUCHES DU RHONE	1 780	2 622	2 575
14 CALVADOS	435	1 198	1 348
15 CANTAL	ND	246	185
16 CHARENTE	240	482	536
17 CHARENTE MARITIME	516	1 200	928
18 CHER	276	286	551
19 CORREZE	0	ND	61
2A CORSE DU SUD	665	445	288
2B HAUTE CORSE	392	ND	580
21 COTE D'OR	126	860	1 140
22 COTES D'ARMOR	263	712	767
23 CREUSE	48	52	59
24 DORDOGNE	883	744	511
25 DOUBS	ND	294	608
26 DROME	418	1 100	985
27 EURE	ND	ND	ND
28 EURE ET LOIR	659	583	653
29 FINISTERE	1 560	1 138	1 548
30 GARD	1 129	992	959
31 HAUTE GARONNE	259	296	297
32 GERS	0	163	140
33 GIRONDE	1 064	748	1 000
34 HERAULT	1 073	1 607	1 462
35 ILLE ET VILAINE	633	1 236	1 175
36 INDRE	0	ND	44
37 INDRE ET LOIRE	772	1 113	1 061
38 ISERE	1 560	1 402	1 729
39 JURA	290	0	44
40 LANDES	597	868	1 143
41 LOIR ET CHER	236	487	412
42 LOIRE	531	809	881
43 HAUTE LOIRE		322	330
44 LOIRE ATLANTIQUE	76	764	530
45 LOIRET	0	513	480
46 LOT	210	160	158

DÉPARTEMENT	1991	2003	2004
47 LOT ET GARONNE	0	230	306
48 LOZERE	0	100	0
49 MAINE ET LOIRE	0	ND	1 011
50 MANCHE	251	871	671
51 MARNE		1 079	1 200
52 HAUTE MARNE	1 479	0	0
53 MAYENNE	334	310	328
54 MEURTHE ET MOSELLE	4 051	3 435	3 257
55 MEUSE	857	ND	783
56 MORBIHAN	416	598	611
57 MOSELLE	870	ND	3 013
58 NIEVRE	137	566	515
59 NORD	4 452	ND	4 884
60 OISE	1 200	ND	1 472
61 ORNE	ND	424	419
62 PAS DE CALAIS	2 138	3 366	3 534
63 PUY DE DOME	425	506	628
64 PYRENEES ATLANTIQUES	413	740	511
65 HAUTES PYRENEES	36	492	984
66 PYRENEES ORIENTALES	0	355	308
67 BAS RHIN	1 000	1 635	1 432
68 HAUT RHIN	509	649	772
69 RHONE	723	3 000	3 598
70 HAUTE SAONE	390	350	361
71 SAONE ET LOIRE	353	661	625
72 SARTHE	0	282	290
73 SAVOIE	392	756	545
74 HAUTE SAVOIE	307	781	767
75 PARIS	2 231	1 827	2 087
76 SEINE MARITIME	1 941	2 469	2 087
77 SEINE ET MARNE	422	1 446	1 711
78 YVELINES	364	ND	ND
79 DEUX SEVRES	527	ND	ND
80 SOMME	872	1 640	1 893
81 TARN	588	ND	1 297
82 TARN ET GARONNE	0	138	521
83 VAR	322	2 331	1 315
84 VAUCLUSE	ND	736	281
85 VENDEE	0	612	535
86 VIENNE	596	536	603
87 HAUTE VIENNE	544	344	328
88 VOSGES	882	880	600
89 YONNE	730	440	539
90 TERRITOIRE DE BELFORT	534	428	435
91 ESSONNE	838	2 039	1 708
92 HAUTS DE SEINE	1 229	1 543	1 491
93 SEINE SAINT DENIS	2 489	3 453	3 514
94 VAL DE MARNE	3 098	4 892	5 651
95 VAL D'OISE	1 695	842	827
971 GUADELOUPE	383	1 422	1 295
972 MARTINIQUE	1 050	899	ND
973 GUYANE	502	137	145
974 REUNION	3 699	ND	3 157

**Annexe 5.18. Nombre de visites pré et postnatales par des sages-femmes
(1991 – 2003 – 2004)**

* Les totaux ne sont pas estimés ND = non disponible	Nbre de visites pré et postnatales par des sages-femmes		
	DÉPARTEMENT	1991	2003
France métropolitaine		232 986	266 771
DOM		5 086	8 054
France entière		238 072	274 825
1 AIN	387	798	1 315
2 AISNE	909	2 663	2 482
3 ALLIER	1 246	991	908
4 ALPES DE HTE PROV	802	677	725
5 HAUTES ALPES	ND	228	ND
6 ALPES MARITIMES	6 049	3 826	3 826
7 ARDECHE	340	1 071	1 329
8 ARDENNES	3 076	2 135	2 422
9 ARIEGE	ND	318	846
10 AUBE	1 944	2 683	2 988
11 AUDE	1 612	1 786	1 876
12 AVEYRON	318	404	363
13 BOUCHES DU RHONE	7 840	9 625	9 258
14 CALVADOS	1 388	2 160	2 262
15 CANTAL	ND	372	323
16 CHARENTE	559	1 659	1 848
17 CHARENTE MARITIME	321	1 625	1 353
18 CHER	1 558	1 027	1 629
19 CORREZE	0	135	77
2A CORSE DU SUD	1 028	1 032	921
2B HAUTE CORSE	1 633	718	695
21 COTE D'OR	665	1 745	2 335
22 COTES D'ARMOR	1 020	2 177	2 344
23 CREUSE	373	297	303
24 DORDOGNE	3 039	2 237	1 665
25 DOUBS	ND	578	1 071
26 DROME	1 449	1 770	1 892
27 EURE	ND	838	1 054
28 EURE ET LOIR	1 273	1 564	1 498
29 FINISTERE	4 361	4 037	4 257
30 GARD	5 678	3 044	3 096
31 HAUTE GARONNE	1 266	1 141	1 115
32 GERS	0	568	551
33 GIRONDE	3 484	3 375	4 000
34 HERAULT	5 811	6 499	6 548
35 ILLE ET VILAINE	2 779	3 987	3 646
36 INDRE	0	ND	0
37 INDRE ET LOIRE	3 631	5 094	3 611
38 ISERE	2 583	4 306	5 194
39 JURA	371	0	66
40 LANDES	2 198	2 476	2 884
41 LOIR ET CHER	1 035	1 581	1 147
42 LOIRE	1 746	2 232	2 440
43 HAUTE LOIRE	290	907	1 146
44 LOIRE ATLANTIQUE	193	2 670	2 120
45 LOIRET	0	710	660
46 LOT	745	800	810
47 LOT ET GARONNE	0	360	407

DÉPARTEMENT	1991	2003	2004
48 LOZERE	0	170	0
49 MAINE ET LOIRE	0	854	1 601
50 MANCHE	710	1 794	1 509
51 MARNE	5 539	3 007	3 397
52 HAUTE MARNE	0	0	0
53 MAYENNE	1 290	1 411	1 558
54 MEURTHE ET MOSELLE	9 017	9 003	8 928
55 MEUSE	2 657	ND	2 304
56 MORBIHAN	1 335	1 692	1 579
57 MOSELLE	4 477	5 328	7 312
58 NIEVRE	810	1 471	1 860
59 NORD	24 665	ND	20 612
60 OISE	3 215	2 979	3 189
61 ORNE	1 335	1 159	1 192
62 PAS DE CALAIS	10 199	10 770	10 078
63 PUY DE DOME	1 178	1 371	1 558
64 PYRENEES ATLANTIQUES	861	1 634	1 212
65 HAUTES PYRENEES	205	1 018	1 325
66 PYRENEES ORIENTALES	0	1 476	1 646
67 BAS RHIN	1 498	3 548	4 025
68 HAUT RHIN	1 537	1 712	1 961
69 RHONE	3 666	5 712	6 819
70 HAUTE SAONE	1 573	1 536	1 642
71 SAONE ET LOIRE	965	2 573	2 251
72 SARTHE	0	572	587
73 SAVOIE	1 394	1 626	1 596
74 HAUTE SAVOIE	1 091	3 658	3 450
75 PARIS	10 332	6 377	6 478
76 SEINE MARITIME	5 732	5 475	4 809
77 SEINE ET MARNE	1 616	4 960	5 963
78 YVELINES	3 146	ND	ND
79 DEUX SEVRES	750	ND	ND
80 SOMME	3 764	4 702	5 213
81 TARN	3 461	ND	4 394
82 TARN ET GARONNE	0	488	1 071
83 VAR	420	1 166	2 466
84 VAUCLUSE	ND	1 300	745
85 VENDEE	0	1 243	1 141
86 VIENNE	1 014	1 215	1 269
87 HAUTE VIENNE	1 866	1 380	1 203
88 VOSGES	2 334	2 900	2 631
89 YONNE	2 350	1 943	1 946
90 TERRITOIRE DE BELFORT	2 520	1 987	1 746
91 ESSONNE	5 738	5 255	4 385
92 HAUTS DE SEINE	7 998	8 055	7 841
93 SEINE SAINT DENIS	7 998	11 945	12 050
94 VAL DE MARNE	14 947	13 012	12 445
95 VAL D'OISE	10 638	2 583	2 478
971 GUADELOUPE	1 207	1 677	1 549
972 MARTINIQUE	4 100	3 209	NR
973 GUYANE	853	200	193
974 REUNION	5 659	ND	6 312

**Annexe 5.19. Nombre d'enfants vus à domicile par des puéricultrices et des infirmières
(1991 – 2003 – 2004)**

TOTAL PUÉRICULTRICES + INFIRMIÈRES			
<i>Nbre d'enfants vus au moins une fois dans l'année à l'occasion de ces visites (départementales et conventionnées)</i>			
* Les totaux ne sont pas estimés ND = non disponible	1991	2003	2004
France métropolitaine	401 971	434 743	448 438
DOM	7 168	4 266	7 322
France entière	409 139	439 009	455 760
1 AIN	5 992	ND	ND
2 AISNE	6 177	7 308	6 377
3 ALLIER	2 695	2 492	2 354
4 ALPES DE HAUTE PROVENCE	735	2 293	2 351
5 HAUTES ALPES	ND	643	ND
6 ALPES MARITIMES	3 948	3 712	5 712
7 ARDECHE	1 156	2 700	2 654
8 ARDENNES	2 956	4 191	3 724
9 ARIEGE	433	1 276	1 178
10 AUBE	ND	ND	ND
11 AUDE	2 188	3 121	3 638
12 AVEYRON	1 872	1 487	1 448
13 BOUCHES DU RHONE	14 800	ND	ND
14 CALVADOS	5 827	ND	ND
15 CANTAL	1 134	1 298	1 155
16 CHARENTE	5 520	2 015	2 880
17 CHARENTE MARITIME	5 632	4 523	2 943
18 CHER	2 561	3 781	4 206
19 CORREZE	1 192	ND	ND
2A CORSE DU SUD	1 397	2 196	2 157
2B HAUTE CORSE	1 085	2 306	1 897
21 COTE D'OR	ND	3 783	4 023
22 COTES D'ARMOR	2 336	3 662	3 475
23 CREUSE	1 723	2 360	1 664
24 DORDOGNE	ND	2 495	2 556
25 DOUBS	ND	6 990	7 094
26 DROME	3 570	5 918	6 016
27 EURE	ND	4 878	3 896
28 EURE ET LOIR	ND	5 324	6 408
29 FINISTERE	4 522	6 356	4 954
30 GARD	6 951	3 649	2 480
31 HAUTE GARONNE	8 345	9 678	9 333
32 GERS	2 954	2 072	1 653
33 GIRONDE	8 947	6 800	6 000
34 HERAULT	3 647	3 651	3 597
35 ILLE ET VILAINE	6 837	6 749	6 552
36 INDRE	ND	2 932	2 415
37 INDRE ET LOIRE	3 755	3 575	4 855
38 ISERE	ND	6 363	ND
39 JURA	3 786	1 860	1 396
40 LANDES	2 172	1 723	1 910
41 LOIR ET CHER	3 800	2 898	3 113
42 LOIRE	5 547	4 265	4 891
43 HAUTE LOIRE	785	1 486	ND
44 LOIRE ATLANTIQUE	13 055	6 683	6 112

* Les totaux ne sont pas estimés
ND = non disponible

	1991	2003	2004
45 LOIRET	7 361	5 868	6 695
46 LOT	1 030	1 932	1 555
47 LOT ET GARONNE	5 289	1 916	1 990
48 LOZERE	393	415	736
49 MAINE ET LOIRE	ND	ND	ND
50 MANCHE	3 526	6 082	6 632
51 MARNE	3 056	7 571	7 076
52 HAUTE MARNE	1 814	3 625	3 378
53 MAYENNE	1 931	2 084	2 106
54 MEURTHE ET MOSELLE	ND	9 114	7 087
55 MEUSE	3 000	3 432	4 475
56 MORBIHAN	8 556	6 056	5 546
57 MOSELLE	12 560	10 203	ND
58 NIEVRE	4 502	3 592	4 061
59 NORD	30 303	26 854	26 213
60 OISE	8 172	6 498	7 078
61 ORNE	ND	2 487	2 610
62 PAS DE CALAIS	18 441	8 185	46 731
63 PUY DE DOME	7 301	4 370	5 248
64 PYRENEES ATLANTIQUES	3 628	3 074	2 921
65 HAUTES PYRENEES	4 624	ND	ND
66 PYRENEES ORIENTALES	ND	2 481	1 928
67 BAS RHIN	8 549	8 733	7 980
68 HAUT RHIN	4 692	4 803	4 685
69 RHONE	22 108	23 905	28 664
70 HAUTE SAONE	3 791	4 238	4 592
71 SAONE ET LOIRE	2 184	3 044	3 647
72 SARTHE	4 907	4 819	4 955
73 SAVOIE	3 371	4 484	4 651
74 HAUTE SAVOIE	2 905	3 575	ND
75 PARIS	ND	10 204	10 032
76 SEINE MARITIME	ND	12 730	13 115
77 SEINE ET MARNE	ND	5 449	ND
78 YVELINES	4 930	ND	ND
79 DEUX SEVRES	2 554	ND	969
80 SOMME	11 969	10 978	10 281
81 TARN	3 381	3 378	3 265
82 TARN ET GARONNE	2 140	2 141	1 712
83 VAR	5 723	3 410	4 473
84 VAUCLUSE	ND	ND	ND
85 VENDEE	ND	ND	ND
86 VIENNE	2 534	2 657	2 720
87 HAUTE VIENNE	3 691	1 650	1 712
88 VOSGES	ND	3 303	3 148
89 YONNE	5 798	2 853	ND
90 TERRITOIRE DE BELFORT	1 386	1 037	1 065
91 ESSONNE	8 877	9 670	9 867
92 HAUTS DE SEINE	ND	16 918	18 520
93 SEINE SAINT DENIS	ND	6 954	8 948
94 VAL DE MARNE	10 443	12 812	12 730
95 VAL D'OISE	10 519	3 667	3 574
971 GUADELOUPE	2 410	2 524	2 792
972 MARTINIQUE	ND	1 455	ND
973 GUYANE	604	287	ND

**Annexe 5.20. Nombre de visites à domicile par des puéricultrices et des infirmières
(1991 – 2003 – 2004)**

TOTAL PUERICULTRICES - INFIRMIERES			
<i>visites à domicile auprès des enfants (départementales et conventionnées)</i>			
	1991	2003	2004
France métropolitaine	986 700	694 574	727 428
DOM	13 371	5 615	10 488
France entière	1 000 071	700 189	737 916
1 AIN	5 534	ND	5 135
2 AISNE	15 802	12 607	11 203
3 ALLIER	5 484	4 185	3 897
4 ALPES DE HAUTE PROVENCE	4 513	3 272	3 447
5 HAUTES ALPES	ND	1 709	ND
6 ALPES MARITIMES	10 698	6 454	6 454
7 ARDECHE	5 960	4 159	3 514
8 ARDENNES	4 519	4 470	4 985
9 ARIEGE	1 875	2 356	2 164
10 AUBE	6 741	ND	ND
11 AUDE	5 202	5 436	6 216
12 AVEYRON	5 495	2 602	2 446
13 BOUCHES DU RHONE	18 900	ND	ND
14 CALVADOS	11 658	ND	ND
15 CANTAL	4 371	2 992	2 940
16 CHARENTE	7 618	4 150	5 370
17 CHARENTE MARITIME	12 569	11 220	7 277
18 CHER	6 788	5 261	4 960
19 CORREZE	5 163	2 570	2 707
2A CORSE DU SUD	4 709	5 886	5 639
2B HAUTE CORSE	3 867	2 632	1 921
21 COTE D'OR	ND	5 766	6 053
22 COTES D'ARMOR	8 179	ND	11 276
23 CREUSE	6 840	3 080	2 413
24 DORDOGNE	ND	4 993	4 969
25 DOUBS	ND	7 580	7 837
26 DROME	7 324	ND	ND
27 EURE	ND	6 198	5 211
28 EURE ET LOIR	12 135	5 813	7 189
29 FINISTERE	11 306	10 168	10 121
30 GARD	13 706	5 488	5 516
31 HAUTE GARONNE	29 676	25 080	24 827
32 GERS	5 269	3 174	2 846
33 GIRONDE	33 495	22 500	21 300
34 HERAULT	8 535	8 640	9 432
35 ILLE ET VILAINE	15 755	13 956	14 102
36 INDRE	5 783	4 110	3 527
37 INDRE ET LOIRE	11 710	8 285	13 789
38 ISERE	ND	12 979	ND
39 JURA	3 947	2 290	2 080
40 LANDES	7 364	3 539	3 428
41 LOIR ET CHER	8 639	5 507	5 991
42 LOIRE	8 804	7 409	7 936
43 HAUTE LOIRE	1 456	1 743	ND
44 LOIRE ATLANTIQUE	28 267	14 469	12 465
45 LOIRET	14 075	10 138	11 376
46 LOT	3 336	4 432	4 061

* Les totaux ne sont pas estimés
 ND = non disponible

<i>* Les totaux ne sont pas estimés</i>		1991	2003	2004
<i>ND = non disponible</i>				
47	LOT ET GARONNE	10 039	5 330	5 501
48	LOZERE	1 245	ND	970
49	MAINE ET LOIRE	ND	ND	ND
50	MANCHE	7 508	8 509	9 049
51	MARNE	7 339	10 779	9 304
52	HAUTE MARNE	5 798	4 322	3 926
53	MAYENNE	5 475	6 410	4 016
54	MEURTHE ET MOSELLE	19 929	14 575	11 562
55	MEUSE	6 660	3 311	4 376
56	MORBIHAN	16 796	8 580	8 108
57	MOSELLE	36 800	20 017	ND
58	NIEVRE	5 855	3 729	4 486
59	NORD	76 515	ND	56 875
60	OISE	17 854	7 679	8 435
61	ORNE	4 331	5 017	5 447
62	PAS DE CALAIS	62 975	45 227	48 397
63	PUY DE DOME	10 382	5 988	6 520
64	PYRENEES ATLANTIQUES	7 313	5 805	5 996
65	HAUTES PYRENEES	7 515	2 247	ND
66	PYRENEES ORIENTALES	ND	3 498	3 557
67	BAS RHIN	14 002	14 142	14 895
68	HAUT RHIN	10 277	8 279	9 984
69	RHONE	38 487	24 088	26 759
70	HAUTE SAONE	8 769	5 761	5 807
71	SAONE ET LOIRE	6 829	6 717	7 221
72	SARTHE	8 245	8 829	7 686
73	SAVOIE	12 343	6 953	7 752
74	HAUTE SAVOIE	6 775	ND	ND
75	PARIS	ND	24 783	23 943
76	SEINE MARITIME	ND	13 813	13 902
77	SEINE ET MARNE	ND	16 327	ND
78	YVELINES	10 361	ND	ND
79	DEUX SEVRES	4 216	ND	1 191
80	SOMME	16 949	14 219	14 142
81	TARN	10 386	8 961	8 540
82	TARN ET GARONNE	4 654	2 906	3 134
83	VAR	12 193	7 337	7 745
84	VAUCLUSE	ND	ND	ND
85	VENDEE	18 455	ND	ND
86	VIENNE	7 742	4 954	4 883
87	HAUTE VIENNE	7 825	3 132	3 493
88	VOSGES	ND	5 539	5 525
89	YONNE	9 751	7 443	7 489
90	TERRITOIRE DE BELFORT	2 587	1 983	2 370
91	ESSONNE	24 571	15 787	18 788
92	HAUTS DE SEINE	ND	13 702	15 672
93	SEINE SAINT DENIS	14 137	9 605	11 817
94	VAL DE MARNE	16 652	24 673	25 764
95	VAL D'OISE	17 098	4 320	4 381
971	GUADELOUPE	5 387	3 113	2 357
972	MARTINIQUE	ND	1 939	ND
973	GUYANE	678	563	ND
974	REUNION	7 306	ND	8 131

**Annexe 5.21. Les médecins de PMI (hors vacataires)
(1991 – 2003 – 2004)**

89 Médecins de PMI en ETP
(titulaires, contractuels, stagiaires)

DÉPARTEMENT	1991		2003	2004
	temps complet	temps partiel		
Total estimé France métropolitaine	591	517	1 787,6	1 900,9
Total estimé D.O.M	50	30	98,3	63,1
Total estimé France entière	641	547	1 885,9	1 964,0
01 Ain	3	0	9,6	12,2
02 Aisne	11	2	12,6	13,4
03 Allier	1	2	4,4	4,8
04 Alpes de Haute-Prov	5	1	5,0	5,0
05 Hautes-Alpes	0	2	5,6	5,6
06 Alpes Maritimes	16	2	27,8	28,7
07 Ardèche	5	4	7,1	7,1
08 Ardennes	1	3	3,4	3,3
09 Ariège	3	2	4,5	3,4
10 Aube	6	0	11,5	13,0
11 Aude	8	1	11,7	11,6
12 Aveyron	3	0	7,5	6,3
13 Bouches du Rhône	35	11	72,1	71,7
14 Calvados	12	4	16,4	16,4
15 Cantal	4	0	4,1	2,3
16 Charente	2	5	7,9	10,9
17 Charente Maritime	4	4	9,9	11,9
18 Cher	2	1	5,7	4,5
19 Corrèze	2	3	5,0	4,8
2A Corse du Sud	3	0	5,0	4,0
2B Haute Corse	3	0	6,0	5,0
21 Côte Dor	1	7	10,2	11,1
22 Côtes d'Armor	3	6	11,8	12,4
23 Creuse	2	0	3,6	2,8
24 Dordogne	8	2	8,4	8,5
25 Doubs	3	2	7,7	8,4
26 Drôme	2	11	11,9	11,7
27 Eure	5	0	12,5	12,5
28 Eure et Loir	1	7	10,4	9,7
29 Finistère	7	23	26,1	26,1
30 Gard	10	1	21,5	23,3
31 Haute Garonne	15	3	38,2	38,0
32 Gers	3	0	4,9	3,9
33 Gironde	11	10	27,0	45,2
34 Hérault	8	5	26,9	35,3
35 Ille et Vilaine	3	18	25,2	17,8
36 Indre	3	2	6,0	4,6
37 Indre et Loire	4	1	16,2	17,3
38 Isère	2	15	31,5	35,5
39 Jura	3	0	3,9	4,0
40 Landes	3	6	14,3	13,8
41 Loir et Cher	1	2	6,2	6,3
42 Loire	2	9	23,0	26,0
43 Haute Loire	1	1	4,8	5,8
44 Loire Atlantique	5	7	33,7	32,2
45 Loiret	2	4	10,9	11,9
46 Lot	5	0	5,9	6,3
47 Lot et Garonne	5	2	9,1	9,1
48 Lozère	0	3	2,6	1,6
49 Maine et Loire	5	3	13,9	13,9
50 Manche	4	2	10,1	11,1
51 Marne	5	0	6,7	7,2

Médecins de PMI en ETP
(titulaires, contractuels, stagiaires)

	1991		2003	2004
52 Haute Marne	3	0	1,5	1,5
53 Mayenne	2	4	6,3	4,6
54 Meurthe et Moselle	5	6	15,4	19,8
55 Meuse	2	3	4,6	3,7
56 Morbihan	7	2	11,2	16,0
57 Moselle	4	5	13,9	13,7
58 Nièvre	3	0	8,7	8,3
59 Nord	21	56	80,9	69,0
60 Oise	6	6	25,6	26,5
61 Orne	1	6	7,0	7,2
62 Pas de Calais	7	8	21,8	25,3
63 Puy de Dôme	4	4	13,4	10,7
64 Pyrénées Atlantiques	3	13	8,9	12,0
65 Haute Pyrénées	4	0	6,8	6,8
66 Pyrénées Orientales	4	6	8,5	8,3
67 Bas Rhin	2	2	10,0	11,0
68 Haut Rhin	4	0	14,4	14,1
69 Rhône	11	31	94,9	95,8
70 Haute Saône	1	1	2,8	2,8
71 Saône et Loire	2	2	13,3	14,4
72 Sarthe	4	1	7,6	8,5
73 Savoie	1	8	12,5	8,6
74 Haute Savoie	4	0	10,0	13,4
75 Paris	17	1	32,1	34,5
76 Seine Maritime	11	38	27,8	30,3
77 Seine et Marne	12	0	66,5	27,1
78 Yvelines	7	7	25,3	26,9
79 Deux Sèvres	3	0	7,2	7,2
80 Somme	9	2	24,3	23,6
81 Tarn	4	5	11,7	11,8
82 Tarn et Garonne	5	1	8,6	8,0
83 Var	5	8	20,8	22,7
84 Vaucluse	7	0	24,5	16,3
85 Vendée	2	3	6,5	6,5
86 Vienne	3	1	9,8	10,1
87 Haute Vienne	5	1	9,3	9,3
88 Vosges	6	4	13,1	13,8
89 Yonne	5	0	5,2	5,4
90 Terr.de Belfort	1	0	3,8	4,8
91 Essonne	13	6	66,5	158,2
92 Hauts de Seine	8	57	61,2	73,9
93 Seine St Denis	49	3	149,3	168,8
94 Val de Marne	44	4	86,9	92,9
95 Val d'Oise	9	13	39,4	41,1
971 Guadeloupe	17	3	24,9	24,6
972 Martinique	8	0	12,0	12,0
973 Guyanne	9	21	22,5	18,5
974 Réunion	16	6	38,9	8,0

**Annexe 5.22. Les agréments d'assistantes maternelles par la PMI
(2003 – 2004)**

(données manquantes non estimées)

Accords de 1er Agréments au 31 décembre assistantes
maternelles non permanentes (hors crèches familiales)

	2003	2004
France métropolitaine	35 384	35 515
DOM	112	75
France entière	35 496	35 590
1 AIN	649	710
2 AISNE	705	599
3 ALLIER	198	169
4 ALPES DE HAUTE PROVENCE	44	43
5 HAUTES ALPES	75	
6 ALPES MARITIMES	316	350
7 ARDECHE	148	189
8 ARDENNES	112	131
9 ARIEGE	99	73
10 AUBE	125	102
11 AUDE	166	174
12 AVEYRON	142	130
13 BOUCHES DU RHONE	599	
14 CALVADOS	693	492
15 CANTAL	149	141
16 CHARENTE	174	166
17 CHARENTE MARITIME	368	837
18 CHER	328	296
19 CORREZE	190	156
2A CORSE DU SUD	32	49
2B HAUTE CORSE	69	19
21 COTE D'OR	502	642
22 COTES D'ARMOR	518	476
23 CREUSE	70	50
24 DORDOGNE	221	217
25 DOUBS	494	399
26 DROME	370	360
27 EURE	532	
28 EURE ET LOIR	343	359
29 FINISTERE	481	424
30 GARD	200	160
31 HAUTE GARONNE	662	839
32 GERS	101	89
33 GIRONDE	1 033	1 074
34 HERAULT	415	559
35 ILLE ET VILAINE	991	954
36 INDRE	188	169
37 INDRE ET LOIRE	525	768
38 ISERE		
39 JURA	241	254
40 LANDES	188	183
41 LOIR ET CHER	284	317

	2003	2004
42 LOIRE	619	676
43 HAUTE LOIRE		158
44 LOIRE ATLANTIQUE	1 294	1 378
45 LOIRET		545
46 LOT	116	
47 LOT ET GARONNE	181	194
48 LOZERE		
49 MAINE ET LOIRE		
50 MANCHE	562	436
51 MARNE	388	375
52 HAUTE MARNE	227	206
53 MAYENNE	262	285
54 MEURTHE ET MOSELLE	516	472
55 MEUSE	145	174
56 MORBIHAN	456	
57 MOSELLE	774	808
58 NIEVRE	191	181
59 NORD	1 126	1 547
60 OISE	800	907
61 ORNE	183	196
62 PAS DE CALAIS		
63 PUY DE DOME		
64 PYRENEES ATLANTIQUES	338	374
65 HAUTES PYRENEES	91	96
66 PYRENEES ORIENTALES	206	213
67 BAS RHIN	835	
68 HAUT RHIN	335	414
69 RHONE	1 225	1 289
70 HAUTE SAONE	365	389
71 SAONE ET LOIRE	410	446
72 SARTHE	584	745
73 SAVOIE	238	
74 HAUTE SAVOIE		137
75 PARIS		268
76 SEINE MARITIME	986	1 017
77 SEINE ET MARNE	906	962
78 YVELINES	720	902
79 DEUX SEVRES	262	275
80 SOMME	492	548
81 TARN	141	125
82 TARN ET GARONNE	123	97
83 VAR	392	342
84 VAUCLUSE	231	191
85 VENDEE	525	582
86 VIENNE	260	282
87 HAUTE VIENNE	261	290
88 VOSGES	357	345
89 YONNE	224	246
90 TERRITOIRE DE BELFORT		129
91 ESSONNE	975	1 009
92 HAUTS DE SEINE	597	667
93 SEINE SAINT DENIS	600	692
94 VAL DE MARNE	411	
95 VAL D'OISE	714	786
971 GUADELOUPE	86	39
972 MARTINIQUE	26	36
973 GUYANE		
974 REUNION		

Annexe 5.23. Les bilans de santé en école maternelle en 2004

BILANS DE SANTÉ - ÉCOLE MATERNELLE JE - effectués par le V.C.

dép	Nombre d'enfants ayant bénéficié d'un		Conseil d'un bilan		taux	Vaccinations				
	Bilan	Dépistage auditif	visuel	auditif		taux	rougeole	oreillons	BCG	
naissances2000						10,9%	93,0%	92,9%	93,0%	94,2%
2000										
1	6653	4515	11094	340	6,5%	11,1%	96%	96%	96%	89%
2	7284	4146	3477	645	7,5%	19,6%	97%	97%	97%	98%
3	3569	600	597	40	15,6%	22,6%	95%	95%	95%	95%
4	1559	1314	1933	162	6,7%	5,8%	84%	84%	84%	87%
5	1412	0	0	0	12,3%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
6	11350	6310	10740	602	#DIV/0!	5,3%	91%	91%	91%	95%
7	3285	2291	1437	105	9,0%	28,7%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
8	3793	2958	2761	57	7,3%	10,3%	98%	98%	98%	98%
9	1377	1454	1384	67	2,3%	11,2%	83%	83%	83%	82%
10	3586	2975	2865	174	4,9%	7,6%	88%	88%	88%	97%
11	3253	3335	3426	97	6,1%	6,7%	92%	92%	92%	95%
12	2654	2389	2389	171	2,9%	16,4%	84%	84%	84%	83%
13	23817	21451	35500	1615	7,2%	13,7%	90%	90%	90%	76%
14	8501	4535	5294	nd	21,0%	#VALEUR!	#VALEUR!	#VALEUR!	#VALEUR!	#VALEUR!
15	1382	1251	1964	97	#VALEUR!	8,9%	94%	94%	94%	95%
16	3728	731	3466	507	6,7%	9,5%	95%	95%	95%	97%
17	6093	6166	6166	452	14,6%	7,7%	94%	94%	94%	96%
18	3438	2496	2461	2461	7,3%	#DIV/0!	84%	84%	84%	84%
19	2278	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
20	1386	1883	1693	14	#DIV/0!	3,7%	96%	96%	96%	99%
21	1510	1112	1228	35	1,0%	6,8%	96%	96%	96%	100%
22	6375	10891	10891	151	4,5%	5,5%	93%	93%	93%	94%
23	1088	1026	1022	84	2,7%	13,8%	94%	94%	94%	97%
24	3776	1953	5822	251	10,4%	15,1%	88%	88%	88%	89%
25	6701	6189	5774	277	8,3%	10,3%	85%	84%	84%	90%
26	5648	5812	5872	202	6,3%	9,5%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
27	7358	6923	6923	411	4,5%	12,5%	83%	83%	83%	86%
28	5367	2717	2717	142	3,5%	10,1%	96%	96%	96%	99%
29	10380	7867	6648	743	5,9%	10,7%	94%	93%	93%	96%
30	7468	6318	6278	265	5,2%	18,2%	97%	97%	97%	97%
31	13844	5986	6076	459	11,3%	12,9%	94%	94%	94%	95%
32	1642	1488	1285	101	4,2%	13,9%	96%	96%	96%	100%
33	15839	13500	13500	1420	7,5%	7,3%	87%	87%	87%	89%
34	10626	1636	10277	502	8,1%	11,5%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
35	12069	11844	11491	947	10,5%	11,6%	92%	92%	92%	93%
					4,9%	8,1%	90%	90%	90%	97%
					8,6%					

95

36	2527	1378	1378	1378	161	9,0%	11,7%	89%	89%	91%
37	6832	4818	11036	11036	1182	8,7%	10,7%	92%	92%	94%
38	14843	8640	11347	11347	1080	3,6%	9,5%	92%	92%	87%
39	3074	1895	3568	3568	415	5,2%	11,6%	87%	87%	92%
40	3623	2679	3571	3571	482	5,9%	13,5%	94%	94%	96%
41	3703	1971	1936	1936	206	5,1%	10,6%	98%	98%	101%
42	9007	8479	8137	7878	676	4,4%	8,6%	91%	91%	95%
43	2477	804	774	774	59	6,7%	7,6%	86%	86%	81%
44	15860	5997	14055	14055	1008	6,7%	7,2%	95%	95%	98%
45	8228	3399	3257	3257	284	4,8%	8,7%	96%	96%	98%
46	1589	1627	1652	1652	173	6,7%	10,5%	87%	87%	89%
47	3232	3060	3266	3266	332	4,5%	10,2%	86%	86%	87%
48	807	545	795	803	76	7,9%	9,5%	#VALEUR!	#VALEUR!	#VALEUR!
49	10408	4731	4566	4486	372	7,4%	8,3%	96%	95%	95%
50	5798	4951	4951	4951	510	10,3%	10,3%	96%	96%	98%
51	7563	7081	7060	7052	547	7,2%	7,8%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
52	2386	1884	1604	1897	34	2,1%	6,6%	96%	96%	92%
53	4190	1289	3837	3837	125	2,9%	10,1%	97%	97%	97%
54	8797	7928	7586	7730	945	2,9%	12,2%	97%	97%	99%
55	2432	1113	1113	1113	67	1,9%	6,0%	#VALEUR!	#VALEUR!	#VALEUR!
56	7868	6993	352	526	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	99%
57	12209	8887	8492	8608	1469	6,1%	17,1%	92%	92%	93%
58	2212	1449	1972	1346	222	16,1%	16,5%	88%	88%	93%
59	37464	28604	26404	25912	3085	8,0%	11,9%	95%	94%	95%
60	10967	4442	9078	9047	1061	2,9%	11,7%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
61	3581	2052	1757	1503	221	6,0%	14,7%	89%	89%	93%
62	20074	17238	17238	17238	1740	7,6%	10,1%	94%	94%	97%
63	6599	6407	6407	6407	528	3,8%	8,2%	90%	90%	93%
64	6628	3503	4618	4554	571	9,4%	12,5%	94%	94%	96%
65	2260	1627	1627	1627	217	4,6%	13,3%	76%	76%	78%
66	3925	2553	4221	4234	398	6,9%	9,4%	94%	94%	97%
67	13706	9203	9203	14571	1195	1,3%	8,2%	95%	95%	98%
68	9190	8956	8956	8956	1182	4,5%	13,2%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
69	23052	21231	20503	20381	2808	4,3%	13,8%	96%	96%	97%
70	2891	2227	2227	3980	558	2,7%	14,0%	95%	95%	95%
71	6002	4201	4201	4201	547	8,0%	13,0%	94%	94%	96%
72	6878	712	644	690	100	7,6%	14,5%	92%	92%	94%
73	4761	4115	2583	2650	338	4,7%	12,8%	105%	105%	114%
74	8866	7112	6548	6548	388	5,9%	9,3%	86%	86%	94%
75	31940	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
76	16683	3947	11638	11645	864	7,4%	8,2%	97%	97%	99%

**Annexe 5.24. Données issues des bilans de santé en école maternelle – historique
(1993 à 2004)**

DONNEES ISSUES DES BILANS DE SANTE EN ECOLE MATERNELLE

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Taux de couverture vaccinale												
Rougeole	81,6%	84,0%	85,2%	88,0%	88,6%	90,8%	91,2%	91,6%	92,0%	92,1%	91,6%	93,0% (p)
Rubéole	80,5%	83,3%	84,7%	87,9%	88,4%	90,6%	91,1%	91,4%	92,0%	91,5%	92,3%	92,9%
Oreillons	79,8%	83,8%	84,7%	87,9%	88,5%	90,7%	91,1%	91,4%	91,8%	91,4%	91,5%	93,0%
Nombre de carnets de santé sur lesquelles les données sont recueillies												
BCG	315 000	356 900	373 530	331 800	385 200	318 000	346 584	357 505	296 147	352 607	344 436	370 276
Nombre de carnets de santé sur lesquelles les données sont recueillies	296 000	350 400	369 200	319 800	385 200	309 300	338 100	354 230	300 899	354 153	350 471	394 048
Part des enfants auquel on a conseillé un bilan spécial												
auditif	5,7%	6,8%	6,8%	5,5%	7,5%	6,2%	6,8%	6,5%	6,1%	6,6%	6,0%	6,5%
visuel	9,4%	10,5%	10,5%	10,6%	11,0%	9,9%	10,2%	10,5%	10,7%	11,0%	10,6%	10,9%

validé au 3/11/2005

Source : exploitation des questionnaires départementaux sur la santé de la mère et de l'enfant

Annexe 6 – Éléments sur le coût de la PMI au plan national

Cout de la PMI au plan national

1. Evaluation ANDASS

Chiffres 2003 :

42€ par enfant de moins de 4 ans * 770000 enfants par classe d'âge * 4 = 129 360 000 €. Mais cette source ne comptabilise que les dépenses déléguées.

2. Données de la DGCL (direction générale des collectivités locales) du ministère de l'intérieur :

2003 : 110 285 000 € (base instruction budgétaire et comptable M51)

2004 : 306 121 900 € (base instruction budgétaire et comptable M52)

Dans le système M52 qui est une comptabilité d'exercice, il existe en section de fonctionnement un chapitre 934 prévention médico-sociale qui comporte une section PMI et planification familiale. Les dépenses de PMI sont donc mieux individualisées que dans le système précédent où elles étaient fondues dans le chapitre 935 action sociale.

La somme de 306 M€ est inférieure à la réalité car elle ne prend en charge que les dépenses identifiées de PMI, alors que dans les agences territoriales, le personnel qui travaille en protection maternelle et infantile n'est pas en général identifié comme tel.

3. Evaluation IGAS

Elle est établie sur la base des statistiques nationales d'effectifs fournies par la DREES (base 2004) et complétées par des estimations issues des données colligées sur le terrain par l'IGAS. Les valorisations en € (base 2006) reprennent des chiffres fournis par les direction des ressources humaines de plusieurs départements et validées par les services de PMI. Elles indiquent le coût annuel total, pour le département, de chaque type de personnel en moyenne sur une année. Les chiffres ici sont arrondis.

Le pourcentage de 20% de dépenses de fonctionnement hors personnel ressort de plusieurs études.

Les ratios qui concernent le personnel qui n'est pas le personnel de base recensé par la DREES mériteraient d'être précisés. Il ne s'agit ici que d'une évaluation très grossière.

- Coût du personnel de base : total : 504 756 000 €
- Personnel de base : total 7480 ETP + 1500 vacataires médecins

Medecins titulaires : 1910 * 69 000 € = 131 790 000 €

Medecins vacataires : 1500 soit 450 000 heures * 28 = 12,6 M €

Coût horaire du vacataire médecin qualifié : 28 €
 Sage-femmes: $712 * 55\,000 \text{ €} = 39\,160\,000 \text{ €}$
 Puéricultrices: $3736 * 50\,000 \text{ €} = 186\,800\,000 \text{ €}$
 Infirmières: $1122 * 46\,000 = 51\,612\,000 \text{ €}$
 Coût total arrondi : 421 962 362 000 €

- Autres personnels techniques: conseillères conjugales, psychologues, éducateurs de jeunes enfants, assistantes sociales, auxiliaires de puériculture

15 % du personnel de base titulaire soit 1120 salariés (enquête nationale sur les personnels de PMI réalisée par la PMI de la Gironde en 2000). Coût annuel moyen : 40 000€

Coût total : 44 800 000 €

- Personnels administratifs dédiés

- siège Encadrants : 10 % du personnel de base, mais pour 50% au moins, déjà comptabilisés dans le personnel technique de base qui joue un rôle d'encadrant.

Ratio retenu : 5 % de l'ensemble du personnel de base des services de PMI (374)

Coût unitaire sur la base d'une moyenne entre catégories A et B : 51 000 € .

Coût total: $7480 * 5\% * 51\,000 = 19\,074\,000 \text{ €}$

- secrétaires dans les centres de PMI. Suivant ratio Essonne : 8 % du nombre de centres infantiles et maternels/ planification soit 8% de 5.500 = 440. Valorisation : coût des catégories B : 43 000 €.

Coût total : $440 * 43\,000 \text{ €} = 18\,920\,000 \text{ €}$

➤ Frais de fonctionnement : $20\% * 504\,756\,000 = 100\,951\,200$

Coût PMI fonctionnement : 605 707 200

➤ Coût des CAMPS pour la PMI 26 M € (BP 2005 Source CNSA)

Coût fonctionnement + CAMPS : 631 707 200

Ces dépenses n'incluent pas

- les dépenses de formation des assistantes maternelles.
- les dépenses de vaccins, examens complémentaires, produits pharmaceutiques, petit matériel pour les mineurs et les non assurés sociaux

Les dépenses rattachées à la PMI mais non obligatoires, principalement les aides versées aux modes de garde (crèches, halte garderies) ne sont pas incluses dans ce décompte et n'ont pas à l'être.

Quelques ordres de grandeur :

- * En 2004 les budgets départementaux ont représenté 37, 431 milliards €. Pour l'action sociale (notamment RMI, APA, aide sociale) : 22,8 milliards € Pour les frais de personnel ; 6,1 milliards €
- * La dépense de santé en France en 2005: 190,5 Milliards €
3038€ /hab
- * La dépense de prévention en France en 2002 : 10 Milliards € (source DREES)
- * Plan périnatalité : 274 M € sur 2005-6-7. En moyenne 90M par an
- * Plan PNNS 2: 47M€ en 2007
- * Santé scolaire en 2004 : 332 M€
Médecins scolaires en ETP : 2121 (LOLF – Programme vie de l'élève)
Assistantes sociales en ETP : 3129
Infirmières: 6520

**Annexe 7 – Données sur la participation de la CNAMTS au financement des
activités de PMI
(Source : CNAMTS)**

Comptes 656111168, 656112168 et 656121168
Soins à l'étranger
Frais d'expertise
Forfaits d'éducation thérapeutique
Perte de salaire
Aide sociale
Dispensaires anti-tuberculeux
Dispensaires anti-venerien
Hygiène mentale
Etablissements lutte contre la tuberculose
PMI
Frais funéraires
Transport du corps
Forfaits divers
Autres prestations (structures expérimentale)
Autre
...

Par extrapolation, la mission considère que la PMI représente environ la moitié de ces comptes soit environ 60 M€

Comptes 656111168, 656112168 et 656121168: Autres prestations en Nature

Organisme	CAISSE	Total
1070	011- Bourg-en-Bresse	287 802
2070	021- Laon	176 039
2270	022- Saint-Quentin	249 330
3070	031- Moulins	137 900
4070	041- Digne	180 079
5070	051- Gap	49 087
6070	061- Nice	3 268 175
7070	072- Privas	71 874
7071	071- Annonay	23 433
8070	081- Charleville	134 639
9070	091- Foix	62 806
10070	101- Troyes	253 689
11070	111- Carcassonne	104 228
12070	121- Rodez	99 673
13070	131- Marseille	2 625 321
14070	141- Caen	420 242
15070	151- Aurillac	35 301
16070	161- Angoulême	790 743
17070	171- La Rochelle	912 510
18070	181- Bourges	120 712
19070	191- Tulle	128 452
20070	201- Ajaccio	147 006
20071	202- Bastia	53 757
21070	211- Dijon	741 968
22070	221- Saint-Brieuc	192 474
23070	231- Guéret	23 686
24070	241- Périgueux	135 063
25070	251- Besançon	520 838
25170	252- Montbéliard	240 045
26070	261- Valence	419 091
27070	271- Evreux	158 390
28070	281- Chartres	319 796
29070	291- Brest	181 675
29270	292- Quimper	154 890
30070	301- Nîmes	1 333 311
31070	311- Toulouse	2 185 775
32070	321- Auch	72 156
33070	331- Bordeaux	4 342 982
34070	342- Montpellier	876 103
34170	341- Béziers	186 385
35070	351- Rennes	569 484
36070	361- Chateauroux	121 101
37070	371- Tours	231 692
38070	381- Grenoble	633 496
38170	382- Vienne	203 780
39070	391- Lons-Le-Saunier	92 562
40070	401- Mont-de-Marsan	172 348
41070	411- Blois	120 795
42070	422- Saint-Etienne	1 028 180
42270	421- Roanne	58 917
43070	431- Le Puy	71 490
44070	441- Nantes	489 632
44071	442- Saint-Nazaire	193 426
45070	451- Orléans	277 542
46070	461- Cahors	45 146
47070	471- Agen	579 121
48070	481- Mende	23 124
49070	491- Angers	180 406
49170	492- Cholet	142 072
50070	501- Saint-Lô	96 812
51270	511- Reims	456 790
52070	521- Chaumont	93 816
53070	531- Laval	231 914
54070	542- Nancy	420 997
54071	541- Longwy	87 379

106

55070	551- Bar-Le-Duc	168 762
56070	561- Vannes	345 619
57070	571- Metz	740 910
57071	572- Sarreguemines	502 176
57072	573- Thionville	756 322
58070	581- Nevers	82 217
59070	595- Lille	2 423 231
59071	591- Armentières	120 966
59072	594- Dunkerque	353 261
59073	597- Roubaix	883 684
59074	598- Tourcoing	428 666
59370	593- Douai	194 493
59371	592- Cambrai	89 340
59570	599- Valenciennes	511 428
59571	596- Maubeuge	287 667
60070	601- Beauvais	397 022
60270	602- Creil	219 503
61070	611- Alençon	172 896
62070	621- Arras	330 892
62071	624- Lens	398 137
62270	622- Boulogne	69 695
62271	623- Calais	265 077
63070	631- Clermont-Ferrand	857 219
64070	642- Pau	485 823
64170	641- Bayonne	724 593
65070	651- Tarbes	154 534
66070	661- Perpignan	891 233
67070	673- Strasbourg	671 883
67071	671- Haguenau	200 687
67072	672- Sélestat	197 005
68070	681- Colmar	285 438
68170	682- Mulhouse	589 595
69070	691- Lyon	1 474 145
69170	692- Villefranche	376 204
70070	701- Vesoul	106 561
71070	711- Mâcon	303 590
72070	721- Le Mans	432 285
73070	731- Chambéry	222 114
74070	741- Annecy	334 085
75072	751- Paris	24 197 485
76070	764- Rouen	493 143
76071	762- Elbeuf	16 430
76170	761- Dieppe	87 684
76270	763- Le Havre	1 562 060
77070	771- Melun	906 680
78070	781- Versailles	1 356 373
79070	791- Niort	101 067
80070	801- Amiens	695 110
81070	811- Albi	257 095
82070	821- Montauban	112 713
83070	831- Toulon	963 579
84070	841- Avignon	320 099
85070	851- La Roche-Sur-Yon	176 185
86070	861- Poitiers	136 050
87070	871- Limoges	286 529
88070	881- Epinal	378 341
89070	891- Auxerre	195 323
90070	901- Belfort	150 768
91070	911- Evry	2 152 397
92070	921- Nanterre	2 461 053
93070	931- Bobigny	9 832 366
94070	941- Créteil	9 117 991
95070	951- Pontoise	1 463 732
101070	971- Pointe-à-Pitre	652 247
102070	973- Cayenne	106 981
103070	972- Fort-De-France	4 869 433
104070	974- Saint-Denis	325 791
Total		110 463 111

Annexe 8 – Les missions des services départementaux de PMI

LES MISSIONS DES SERVICES DEPARTEMENTAUX DE PMI

L'article L 2112-2 du code de la santé publique (CSP) impartit au service départemental de PMI une liste d'activités qui correspondent à des missions plus générales de protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile. Il doit organiser :

- *des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;*
- *des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de 6 ans, notamment dans les écoles maternelles ;*
- *des activités de planification familiale et d'éducation familiale ;*
- *des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;*
- *un recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique ainsi que le traitement de ces informations en particulier celles relevant des examens de santé obligatoires (certificats) ;*
- *l'édition et la diffusion des divers documents obligatoires (certificats prénuptiaux, examens de suivi de grossesse, examens obligatoires des nouveaux nés et des enfants...)* ;
- *des actions d'information sur la profession d'assistant maternel¹ et des actions de formation destinées à aider dans leurs tâches éducatives les assistantes maternelles accueillant des mineurs à titre non permanent."*

Ce service doit également "*participer aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités*".

Ces activités concernent cinq publics prioritaires :

- les publics masculins et féminins, en général adolescents ou jeunes, pour l'éducation sexuelle et de la planification des naissances ;
- les femmes enceintes ou en postnatal ;
- les enfants de moins de 6 ans et leurs familles ;
- les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE) ;
- les assistantes maternelles et les professionnels des modes de garde

La loi fait mention de femmes et enfants "requérant une attention particulière" et le règlement de "populations vulnérables et de quartiers défavorisés".

Les centres de planification ou d'éducation familiale exercent les activités décrites à l'article R 2317-7 du code de la santé publique :

1°) *des consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité² ;*

2°) *la diffusion d'informations et actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, organisée dans les centres et à l'extérieur de ceux en liaison avec les autres organismes et collectivités concernées³ ;*

¹ Ajout de la loi n° 2005-706 du 27 juin 2005

² Les départements prennent généralement en charge financièrement les moyens de contraception et les examens de laboratoire pour les mineurs et pour les non assurés sociaux.

³ La circulaire n° 96-100 du ministère de l'éducation nationale prévoyait deux heures obligatoires d'éducation à la sexualité dans les classes de 4^{ème} et de 3^{ème} ; les lois du 7 juillet et 11 août 2001 ont élargi cette mission en prévoyant qu'une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées en raison d'au moins trois séances par an et par groupe d'âge homogène.

- 3°) la préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, entretiens de conseils conjugal et familial ;*
- 4°) des entretiens préalables à l'IVG ;*
- 5°) des entretiens relatifs à la régulation des naissances faisant suite à une IVG.*

L'article R. 2311-14 du CSP prévoit également que les CEPF, pour effectuer le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles, doivent être agréés à cet effet.

Annexe 9 – L'application des normes d'activité et de personnel

L'APPLICATION DES NORMES D 'ACTIVITE ET DE PERSONNEL

➤ La protection maternelle et les sages-femmes

▪ Pour les consultations prénatales :

- 13 départements ne sont pas documentés
- 48 départements n'en assurent plus aucune ;
- 10 départements suivent plus de 1000 consultantes : 20 283 en Seine Saint Denis, 17 831 en Haute Garonne, 9 749 dans les Hauts de Seine, 8 907 à Paris; 7 813 dans le Nord 4680 en Indre et Loire, 2892 en Guadeloupe, 1893 dans la Somme, 1733 dans les Alpes Maritimes et 1256 en Val d'Oise.

Si l' on raisonne au niveau national - ce qui a peu de sens s'agissant de normes établies pour des départements mais permet d'établir une moyenne de respect des normes et de comparer la situation d' aujourd'hui avec celle de 1992 -, date à laquelle les normes ont été établies sur la base d'une moyenne française, la norme de 16 demi-journées/semaine (séances) pour 100.000 habitants âgés de 15 à 50 ans¹ résidant dans le département dont au moins 4 demi-journées de consultations prénatales (R. 2112-5 du CSP) n'est respectée qu'à hauteur de 65 %.

48 départements n'ont organisé aucune séance de consultations, et un département, la Seine-Saint-Denis, en a organisé 12451 séances.

▪ Pour les visites à domicile en pré et postnatal, le retrait et les écarts sont moins importants

- 4 départements ne sont pas documentés
- les écarts vont de 77 visites par une sage-femme (Corrèze) à 20 612 dans le Nord.
- 3 départements ne font pas de visites à domicile

▪ Pour les sages-femmes, le respect des normes (1 sage-femme pour 1500 naissances domiciliées) est satisfaisant sur la moyenne, puisqu'au niveau national elle est respectée à 148 %.

- 22 départements se situent en dessous de la norme,
 - 52 se situent entre 1 et 2
 - 22 départements ont un ratio situé entre 2 et 4,8 sages-femmes.
- L'écart maximum en France métropolitaine se situe de 0, 2 (Haute-Garonne) à 4,1 (Nièvre) soit une fourchette de 1 à 20.

En résumé, l'activité maternelle, relativement secondaire en volume par rapport à l'infantile fait apparaître des écarts très importants mais surtout au niveau des consultations, activité relativement délaissée au profit des VAD.

¹ Les calculs effectués par la DREES sont rapportés aux « femmes âgées de 15 à 50 ans » alors que le texte réglementaire fait référence au nombre de demi-journées de consultations pour 100.000 « habitants âgés de 15 à 50 ans ». La mission estime, dans ce rapport, que c'est cette dernière base (femmes et hommes) qui doit être prise en compte. Les activités de planification, de pré-nuptial et de suivi de grossesse (examen du père) concernent aussi des hommes.

➤ L'activité infantile et les puéricultrices

▪ L'activité de consultation

La norme est d'une demi-journée de consultation par semaine pour 200 enfants nés vivants en 2004 (l'article R 2112-6 du CSP). Elle est respectée en moyenne au niveau national à 108 %.

Pour l'année 2004, les départements sont répartis en quatre groupes (cf. carte)

- 8 départements métropolitains ne sont pas documentés
 - 47 départements (en blanc) sont en dessous de la norme minimale. Parmi ceux-ci 12 sont 2 fois en dessous des normes c'est-à-dire offrent à leur population $\frac{1}{4}$ ou moins de consultations par semaine à leur population (Ain, Allier, Cotes d'Armor, Deux sèvres, Jura, Haute-Loire, Loir et Cher, Var, Vendée).
 - 36 départements (en gris) sont à la norme jusqu'au double de la norme (2 demi journées par semaine)
 - 5 départements se situent entre 4 et 8 fois la norme minimale : il s'agit des départements de la région parisienne : Paris, Val-de-Marne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Essonne
- Les écarts maxima vont de 1 à 10 ; (0,3 dans les Deux-Sèvres ; 3,7 en Seine-Saint-Denis et 3,2 dans le Val-de-Marne)

Mais ces données ne rendent compte que d'une partie de l'activité des PMI en direction des enfants. Ainsi, à l'exception de deux départements, tous ceux qui sont inférieurs au minimum pour les consultations ont plus de 3000 visites à domicile/enfants par an, ce qui peut être considéré comme une forme de compensation voire d'adaptation.

- Les normes de consultation doivent donc être complétées par un indicateur de moyens qui reflète l'investissement d'ensemble fait par les départements en direction des enfants. L'indicateur de moyens retenu est celui de la norme du R 2112-7 du CSP: une puéricultrice (en ETP) pour 250 enfants nés vivants².
- La norme est respectée en moyenne au plan national à 156%, ce qui est considérable par rapport à la situation de base de 1992.

Le taux de puéricultrices en 2004 présente la dispersion suivante entre départements

- 22 départements se situent en dessous des normes minimales
 - 74 départements (contre 47 dans le cas des consultations) se positionnant au-dessus (57) ou très au-dessus (17) des minima.
- Les écarts entre départements se situent à une fourchette de 5,5 (de 0,4 à 2,2), beaucoup plus réduite que pour le prénatal

² A noter que la cartographie annexée ne prend en compte que les puéricultrices stricto sensu, alors qu'une partie des infirmières sont des équivalent puéricultrices

Annexe 10 – La question du cadre normatif de la PMI

LA QUESTION DU CADRE NORMATIF D'EXERCICE DE LA PMI

L'existence d'un cadre contraignant et le fait que les normes soient quantifiées garantissent théoriquement un minimum d'activité de PMI et obligent les conseils généraux à lui affecter des personnels dédiés qualifiés. C'est pourquoi, la perception des normes par les professionnels de terrain a toujours été positive : elles marquent, à leurs yeux, une volonté de la part de l'État de défendre le service de PMI et leur donnent des arguments pour maintenir ou développer ses moyens.

Ces normes appellent les observations suivantes:

- sur leur contenu :
 - les normes de niveau national ont peu de sens, car c'est le contexte départemental qui compte : l'activité de la PMI devrait être nommée en fonction des caractéristiques de la population évoquées plus haut (pauvreté/précarité; vulnérabilité) et de l'offre de soins libérale et hospitalière.
 - leur champ est limité à une fraction restreinte des missions obligatoires et des personnels énumérés dans la loi : les demi journées de consultation, les types de professionnels. Les normes ne garantissent donc pas que l'ensemble des missions soit réalisé, ni que toutes les catégories de personnel soient employées et ce en nombre minimum. Cela peut avoir pour effet pervers de favoriser les missions ou les personnels normés au détriment des autres qui deviennent des variables d'ajustement.
 - elles sont conçues pour le niveau départemental mais, dans un dispositif de proximité, elles auraient plus de sens à un niveau infra départemental...
 - sur les niveaux arrêtés par le décret de 1992 : les chiffres de chaque norme ont été calculés à un niveau plancher pour "fixer" le dispositif en l'état et éviter un recul généralisé lié notamment à la décentralisation, mais ils n'ont pas été réajustés en fonction des évolutions du contexte sanitaire et social ni du dispositif de santé en général.
- sur l'application:
 - un grand nombre de départements se situent en dessous des normes
 - aucune procédure n'a été engagée pour faire respecter ces normes, qu'il s'agisse de recours contentieux (contrairement à la question de la direction du service), de l'exercice par le préfet de son pouvoir de substitution ou du contrôle de la légalité en général.
 - seuls un petit nombre de départements ont fait l'objet de contrôle et les rapports qui en ont résulté (par exemple ceux établis par l'IGAS sur contrôle de l'ASE et la PMI dans différents départements) n'ont pas été publiés.

Il est certain que la suppression de toute norme présente un risque : celui d'être perçu par certains acteurs comme un signe de désengagement ou de désintérêt des pouvoirs publics, justifiant l'abandon ou la réduction de leur engagement dans la PMI. Il convient néanmoins de s'interroger sur l'intérêt de conserver un dispositif normatif. En effet :

- La notion de norme qui est importée ici de l'action sociale est plus adaptée à des prestations qu'à des actions de santé
- Le respect de normes minimales n'est pas suffisant pour que soit apporté à la population un service de qualité.
- Dans le domaine de la PMI, les normes sont délicates à définir :
 - Les normes de moyens posent des questions de principe : il s'agit là d'une ingérence dans l'organisation et les budgets des départements, alors que ce qui compte, c'est ce à quoi ces professionnels sont employés et comment l'ensemble est organisé et géré. D'autre part, il ne faut jamais oublier que la PMI est une activité partagée qui intervient en complément et en articulation avec les autres acteurs et que donc, le contexte du département est capital.¹
 - Les normes ou indicateurs de processus sont concevables : délais d'obtention d'un rendez-vous, durée des attentes. Mais il s'agit plutôt d'indicateurs de fonctionnement
 - Les normes d'activité sont plus intéressantes car c'est l'activité qui constitue une obligation. Mais alors ne faut-il pas, on l'a vu, embrasser toutes les activités pour éviter le délaissement de celles qui ne seraient pas normées ? Et comment prendre un compte un facteur essentiel, celui de la qualité ?
 - La mission ne propose pas non plus de retenir des normes de résultats. On pense ici à des indicateurs du type : mortalité périnatale, prématurité, réduction de l'IMC, réduction des dépressions post-partum, réduction du nombre de rougeoles du fait de la vaccination, réduction de la maltraitance etc. Mais celles-ci posent, on l'a vu, le problème de l'imputabilité des résultats au service de PMI en raison du rôle capital des autres déterminants : niveau de vie, style de vie, environnement et aussi de l'influence majeure des autres acteurs du dispositif sanitaire et social.

¹ En tout état de cause, si elles étaient maintenues, il conviendrait de maintenir l'accent mis sur les sage femmes et les puéricultrices qui sont les deux catégories de personnels stratégiques de la PMI.

Annexe 11 – Evolution des indicateurs de santé

EVOLUTION DES INDICATEURS DE SANTE

Indicateurs	1990	1995	2000	2001
Mortalité infantile (pour 1000 naissances)	7,3	4,9	4,4	4,4
Mortalité périnatale (pour 1000 naissances)	8,3	7,4	6,7	6,9
Mortalité maternelle (pour 100.000 naissances)	10,4		9	9
Prématurité (avant 37 semaines de grossesse) pour 1000 grossesses	4,3	5,5	5,7	5,8
Hypotrophie (poids <2000gr) pour 1000 naissances	5,6		6,4	6,5

Source : Insee-données concernant la France

Annexe 12 Les activités de la PMI en direction des assistantes maternelles

LES ACTIVITÉS DE LA PMI EN DIRECTION DES ASSISTANTES MATERNELLES

Ce bloc de compétence a été rattaché à la PMI : c'est elle qui instruit et donne les agréments et organise la formation des assistantes maternelles (loi du 12 juillet 1992 codifiée en L 2111-2 du CSP et R 421-1 du CASF), c'est elle qui doit assurer le suivi de leurs pratiques professionnelles (loi du 27 juin 2005 codifiée au L 421-17-1 du CASF).

Sur le principe et aussi en raison de la charge de travail considérable et constamment croissante que ces attributions font peser sur les puéricultrices, la mission s'interroge sur la valeur ajoutée que les compétences propres de la PMI apportent là où les assistantes sociales et les éducatrices des jeunes enfants pourraient intervenir, sans omettre le rôle aux parents dans le suivi des missions des assistantes maternelles.¹

1. Assistante maternelle : un métier qui se professionnalise

Autrefois appelée nourrice, cette profession dont le législateur s'est préoccupé pour la première fois à la fin du 18^{ème} siècle en instaurant un code de ses droits et devoirs, a ensuite, par la loi ROUSSEL, bénéficié d'une surveillance médico-sociale. Avec l'ordonnance de 1945, cette fonction s'élargit vers une mission de garde et de soins, en conservant essentiellement un objectif de baisse de la mortalité infantile.

Jusqu'en 1977, ce mode de garde n'est pas officiellement reconnu, les nourrices exerçant sans formation préalable et avec une rémunération peu incitative. Les parents n'ont alors aucune garantie formalisée sur les compétences professionnelles des nourrices prenant en charge leurs enfants.

A la fin des années 1970, la demande de garde s'accroît avec le développement du travail des femmes. Il apparaît alors nécessaire de définir un statut professionnel à cette activité, de clarifier les missions d'éveil et de participation au développement affectif et éducatif de l'enfant ainsi que de définir des normes.

Sans reprendre en détails l'évolution de la profession, deux dates sont à mentionner :

- la loi du 17 mai 1977 officialisant le terme d'assistante maternelle, instaure le premier statut professionnel et fixe les modalités d'un agrément alors annuel. Cette loi a le mérite également de définir la fonction « d'assistance aux parents dans les tâches éducatives » reconnue à ces professionnels. Elle institue l'obligation de formation de 60 heures au cours des 5 premières années pour les personnels d'accueil non permanents et oblige les parents employeurs à déclarer l'assistante maternelle recrutée.
- la loi du 12 juillet 1992 ainsi que les textes d'application précisent les modalités de l'agrément fixé pour 5 ans, limitent le nombre d'enfants accueillis à trois, revalorisent la rémunération des assistantes maternelles agréées, rendent la formation obligatoire pour l'accueil non permanent et créent une réduction fiscale pour les parents employant ces personnels tout en leur permettant de toucher directement la majoration de l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA).²

¹ Cette question relève essentiellement des assistantes sociales dans le département de Paris.

² L'instauration de cette aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA) créée par la loi du 6 juillet 1990, permettaient aux parents employant une assistante maternelle déclarée et agréée de bénéficier du paiement des charges par la CAF ou la MSA, mais sans en bénéficier directement. Elle n'a pas eu tout l'impact souhaité, cela d'autant plus que les assistantes maternelles elles-mêmes n'avaient aucun avantage à solliciter l'agrément.

C'est aussi à partir de cette date que l'instruction des agréments des assistantes maternelles est confiée aux services départementaux de protection maternelle et infantile.³

1.2. Des demandes d'agrément en progression croissante

Ces avantages financiers ont conduit de nombreux parents à solliciter de préférence les services d'une assistante maternelle agréée et d'autres à décider d'avoir recours à ce mode de garde face aux avantages proposés. Certains parents ont également incité les assistantes maternelles à demander leur agrément.

L'évolution de la profession montre qu'en 2004, le nombre d'assistants maternels employés par des particuliers atteignaient 258.400 en France métropolitaine alors qu'en 1990 il n'était que de 70.000. **Au niveau national, c'est donc une multiplication par 3,5 en dix ans⁴.** En 2006, 750.000 enfants de moins de 6 ans, dont près de 500.000 de moins de 3 ans sont accueillies par 300.000 assistantes maternelles.

Suite aux conférences annuelles de la famille de 2000 et de 2003, le gouvernement a annoncé de nouvelles mesures qui ont été concrétisées par :

- la loi du 23 décembre 2000 et le décret du 4 janvier 2001 favorisant le recours aux assistantes maternelles pour les familles modestes par la modulation de la majoration AFEAMA ;
- le nouveau dispositif en faveur des familles, la prestation accueil des jeunes enfants (PAJE) pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2004 ;
- la nouvelle convention collective des assistantes maternelles du particulier employeur applicable au 1^{er} janvier 2005 qui répond aux préoccupations des professionnels et améliore leurs conditions de travail.⁵

Enfin, la loi n°2005-706 du 27 juin 2005 relative aux assistants maternels et aux assistants familiaux et les décrets d'application rappellent que « *la politique de la petite enfance a pour but de favoriser le développement physique et psychique de l'enfant, de permettre son épanouissement et de garantir son bien-être. Elle doit prendre en compte son environnement familial. Les modes de garde proposées aux familles doivent respecter ces principes.* »

Ils apportent des innovations importantes pour les assistants maternels :

- une priorité dans l'attribution des logements sociaux pour les assistants maternels et familiaux (art.15)⁶ ;
- un encadrement de la durée du travail des assistants maternels (art.24) ;

³ L'article L.2111-2 du CSP prévoit que l'agrément des assistantes maternelles et la formation de ceux qui accueillent des mineurs à titre non permanent relèvent de la compétence du département. L'article 421-1 du CASF précise les conditions de cet agrément. Enfin, les éléments de procédure sont précisés par le décret n°92-1051 du 29 septembre 1992 relatif à l'agrément des assistants maternels et assistantes maternelles et aux commissions consultatives paritaires départementales.

⁴ « Les assistantes maternelles : une profession en développement » - Etudes et résultats de la DRESS – n°232 avril 2003.

⁵ Mensualisation de la rémunération, reconnaissance des frais liés à l'accueil des jeunes enfants, nécessité d'un contrat de travail écrit, obtention d'un bulletin de salaire mensuel à date fixe et instauration d'un contrat de prévoyance en cas de maladie ou d'accident.

⁶ Article 15 : Après la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 441-1 du code de la construction et de l'habitation, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Il est également tenu compte, pour l'attribution d'un logement, de l'activité professionnelle des membres du ménage lorsqu'il s'agit d'assistants maternels ou d'assistants familiaux agréés. »

- l'inclusion dans la loi de la référence à la convention collective nationale des assistants maternels (art. 21 et 22).

Lors des débats parlementaires, la commission des affaires sociales du Sénat avait prévu d'inclure dans la loi la compensation financière due à l'extension de compétence des collectivités territoriales, notamment dans le domaine de la formation professionnelle, conformément à l'article 72-2 de la constitution.⁷ La mission n'a pas retrouvé d'étude d'impact financière liée à cette extension et des informations recueillies au cabinet du ministre en charge de la famille, il semblerait que cette compensation n'ait pas été réalisée.

Si la loi progresse fortement sur la voie de la professionnalisation des assistants maternels, avec une formation obligatoire qui passe de 60h à 120h après l'obtention de l'agrément et dans des délais plus rapprochés, avec une partie de la formation à acquérir préalablement à tout accueil d'enfant, elle crée aussi pour le service départemental de protection maternelle et infantile des obligations supplémentaires concernant l'information et la formation des assistantes maternelles par la modification des articles L.2112-2 -7⁸ et L.2112-3⁹ du code de la santé publique relatifs aux missions du service de PMI et par la création de l'article L. 421-14 du code de l'action sociale et des familles (CASF).¹⁰ Le décret n° 2006-464 du 20 avril 2006 relatif à la formation des assistants maternels en précise le contenu et les modalités. Pour le suivi des pratiques professionnelles des assistantes maternelles employés par des particuliers.¹¹

⁷ Article 72-2 : « Les collectivités territoriales bénéficient de ressources dont elles peuvent disposer librement dans les conditions fixées par la loi. Elles peuvent recevoir tout ou partie du produit des impositions de toutes natures. La loi peut les autoriser à en fixer l'assiette et le taux dans les limites qu'elle détermine. Les recettes fiscales et les autres ressources propres des collectivités territoriales représentent, pour chaque catégorie de collectivités, une part déterminante de l'ensemble de leurs ressources. La loi organique fixe les conditions dans lesquelles cette règle est mise en œuvre.

Tout transfert de compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales s'accompagne de l'attribution de ressources équivalentes à celles qui étaient consacrées à leur exercice. Toute création ou extension de compétences ayant pour conséquence d'augmenter les dépenses des collectivités territoriales est accompagnée de ressources déterminées par la loi.

La loi prévoit des dispositifs de péréquation destinés à favoriser l'égalité entre les collectivités territoriales. »

⁸ « 7°) Des actions d'information sur la profession d'assistant maternel et des actions de formation initiale destinées à aider les assistants maternels dans leurs tâches éducatives, sans préjudice des dispositions du code du travail relatives à la formation professionnelle continue. » .

⁹ « Tout assistant maternel agréé doit suivre une formation dans les conditions prévues à l'article L. 421-14 du code de l'action sociale et des familles. »

¹⁰ « Tout assistant maternel agréé doit suivre une formation dont les modalités de mise en œuvre par le département, la durée, le contenu et les conditions de validation sont définis par décret.

Une initiation aux gestes de secourisme est obligatoire pour exercer la profession d'assistant maternel.

Le décret mentionné au premier alinéa précise la durée de formation qui doit être obligatoirement suivie avant d'accueillir des enfants ainsi que les dispenses de formation qui peuvent être accordées si l'assistant maternel justifie d'une formation antérieure équivalente.

Le département organise et finance, durant les temps de formation obligatoire après leur embauche, l'accueil des enfants confiés aux assistants maternels, selon des modalités respectant l'intérêt des enfants et les obligations professionnelles de leurs parents. »

¹¹ « Art. L. 421-17-1. du CASF - Le suivi des pratiques professionnelles des assistants maternels employés par des particuliers est assuré par le service départemental de protection maternelle et infantile visé au chapitre II du titre Ier du livre Ier de la deuxième partie du code de la santé publique. Cette mission incombe à la personne morale de droit public ou de droit privé employeur s'agissant des assistants familiaux et des assistants maternels exerçant dans une crèche familiale. Dans tous les cas, l'avis d'un ancien assistant maternel ou familial répondant aux critères fixés au deuxième alinéa de l'article L. 421-3 peut être sollicité. »

1.3. L'impact sur les procédures de suivi dans les départements visités

A Paris, sur les 450 demandes d'agrément nouvelles par an, 200 candidatures sont éliminées par la commission pour des raisons essentiellement liées à l'incompétence et à la non maîtrise de la langue française ; les recours contre ces décisions sont de plus en plus fréquents. La commission d'agrément mise en place dans ce département est composée d'assistante sociale, psychologue, médecin de PMI.

La mission a constaté que l'instruction des agréments initiaux est toujours réalisée. L'obtention tacite prévue par les textes incite à l'examen des dossiers dans les délais prévus, cette instruction correspond en moyenne à 6 heures de travail pour une puéricultrice (déplacement, visite, entretien et rédaction du rapport)¹².

Cependant, selon les départements, les priorités affichées et les personnels disponibles, il n'en est pas de même du suivi annuel, qui est souvent la « variable d'ajustement » des disponibilités des puéricultrices.

Dans le Calvados, le département considère qu'il ne lui est pas possible au vu de ses effectifs et du nombre d'agrément délivrés d'assurer cette visite annuelle sur place (en 2005, 5.502 assistantes maternelles avaient un agrément). De ce fait, leur disponibilité auprès des assistantes maternelles et des parents demandeurs d'informations ou de conseils est relativement limitée. L'intervention est déterminée à partir d'une plainte des parents ou un signalement de difficulté par les professionnels, qui conduit alors à une visite surprise d'évaluation et de contrôle, éventuellement susceptible de conduire à un retrait d'agrément. C

Dans l'Essonne, le département s'efforce d'assurer un suivi la première année de délivrance de l'agrément. S'il se fixait l'objectif d'une visite par an estimée à trois heures annuelles, *l'effectif nécessaire à cette activité serait de 15 ETP supplémentaires* (en 2004, le nombre d'assistantes maternelles agréées était de 9.637). De fait, l'accompagnement des assistantes maternelles s'appuie sur les relais assistantes maternelles (RAM), sur une base de volontariat, ce qui n'est pas totalement satisfaisant..

En Meurthe et Moselle, le suivi annuel n'est pas systématique, (en 2005, 5500 assistantes maternelles étaient agréées) il est réalisé au cas par cas et suite à toute plainte des familles ou à tout signalement particulier des professionnels.

Une étude interne au service de PMI a permis d'évaluer les effectifs nécessaires pour réaliser cette mission, relevant actuellement de la collectivité départementale. *Il faudrait dix professionnels supplémentaires (en ETP) pour effectuer un suivi annuel systématique*. Ce suivi est une procédure « mangeuse de temps » et très inégalement répartie sur le territoire (ex : pour le territoire de Nancy et couronnes, un agrément est à renouveler par jour).

Dans l'Hérault, où le nombre d'assistantes maternelles agréées étaient en 2005 de 3586, le suivi annuel est ponctuel, pour partie compensé par une information des parents et un échange de pratiques des assistantes maternelles délivrés par l'intermédiaire des RAM (il existe 17 RAM qui desservent environ 74% des assistantes maternelles indépendantes).

A budget constant, avec accroissement des missions et dans le cadre d'une réflexion sur la plus value de la protection maternelle et infantile, la valorisation des compétences spécifiques de chaque catégorie de professionnels et les priorités à dégager, la mission propose deux scénarii ouvrant sur un positionnement variable et un investissement différent de la PMI.

¹² A noter que le projet de décret d'application de la loi de 2005 prévoit de réduire le délai d'instruction de 4 à 2 mois, contrainte nouvelle pour le service de PMI

2. Redéfinir les conditions d'intervention sur les modes de garde

La mission d'instruction des demandes d'agrément, de suivi, de contrôle et de renouvellement mobilise de plus en plus fortement les services de PMI et notamment les puéricultrices au détriment d'autres activités en particulier des actions collectives de prévention médico-sociales. Dans de nombreux départements, le suivi annuel réglementaire des assistantes maternelles n'est pas ou est incomplètement réalisé.

La société évolue vers un encadrement de la profession avec notamment une plus grande sécurisation des conditions d'exercice pour rassurer les parents, conduisant à :

- Des exigences renforcées vis-à-vis des candidats pour l'attribution de l'agrément ;
- Une plus grande formation pour accroître la compétence des professionnels ;
- Des conditions de suivi et de contrôle intensifiées.

Cette évolution du dispositif a fortement accru la charge de travail des professionnels et notamment des puéricultrices, sans ajustement particulier des moyens.

Pour mieux centrer les professionnels de la protection maternelle et infantile sur leurs missions prioritaires correspondant à la réelle plus value de la PMI dans un contexte budgétaire contraint, la mission présente deux scénarii selon la place à donner au suivi et au contrôle des assistantes maternelles.

3.2.5.1. Premier scénario : considérer que le suivi annuel des assistantes maternelles est une mission prioritaire pour les professionnels de PMI

Ce scénario se décline en deux options :

- maintenir cette mission dans les compétences des puéricultrices
- Créer une équipe pluridisciplinaire (puéricultrices, mais aussi assistantes sociales, psychologues et secrétaires ayant une formation médico-sociale) chargée du suivi des assistantes maternelles.

Quelle que soit l'option retenue, la mission préconise :

- De prévoir des visites régulières au domicile des assistantes maternelles, après avoir réalisé une étude de charge de travail pour un éventuel ajustement des moyens ;
- D'organiser un réseau structuré de conseils, de soutiens en cas de difficulté, d'échanges de pratiques pour éviter l'isolement de ces professionnelles exerçant à domicile ;
- D'inciter à la création des relais d'assistantes maternelles par les CAF, les communes ou les intercommunalités¹³ ;

¹³ L'article L.214-2-1 le permet : « Il peut être créé, dans toutes les communes ou leurs groupements, un relais d'assistant maternels, qui a pour rôle d'informer les parents et les assistants maternels sur ce mode d'accueil en tenant compte des orientations définies, le cas échéant, par la commission départementale de l'accueil des jeunes enfants, et d'offrir aux assistants maternels un cadre pour échanger sur leur pratique professionnelle, sans préjudice des missions spécifiques confiées au service de protection maternelle et infantile visé au chapitre II du titre Ier du livre Ier de la deuxième partie du code de la santé publique. »

- De mettre en place un dispositif de vigilance à partir de critères nationaux consensuels pour intervenir préventivement ou très rapidement en cas de problèmes particulier au domicile d'une assistante maternelle.

Ce choix conduit à considérer que ce mode de garde, compte tenu du nombre d'enfants concernés (750.000 enfants de moins de 6 ans, dont près de 500.000 de moins de 3 ans), du temps passé par ces enfants dans un lieu de vie différent de leur propre habitat et des missions d'éveil et de participation au développement affectif et éducatif de l'enfant dévolue aux assistantes maternelles s'apparente à un service public de l'enfance et nécessite un encadrement par agrément, mais aussi d'un suivi régulier.

3.2.5.2. Deuxième scénario : conserver une procédure d'agrément gérée par les professionnels de la PMI mais supprimer le suivi annuel réglementaire

Cette proposition s'appuie sur les garanties supplémentaires en cours de mise en place dans le cadre de la loi de 2005.¹⁴

Des référentiels nationaux en cours d'élaboration devraient en outre favoriser l'harmonisation des pratiques sur l'ensemble du territoire national d'une part pour une interprétation plus homogène des critères d'agrément et d'autre part pour l'accueil de l'accueil des jeunes enfants par l'assistant maternel en précisant le rôle, les responsabilités et les engagements de l'assistant maternel.

Dans ce cadre rénové et en considérant que ce sont les parents qui sont les employeurs des assistantes maternelles, la proposition de supprimer la procédure de suivi annuel relevant de la PMI, en la substituant à une responsabilisation accrue des parents - employeurs est une option plus proche du droit commun et compatible avec l'obligation récemment instituée du contrat de travail écrit.

La multiplication des lieux d'échanges de pratiques professionnelles par la création de relais d'assistantes maternelles couvrant l'ensemble du territoire entrerait également dans cette logique de conseil et d'accompagnement.

La régulation se ferait alors par inspection et contrôle des professionnels de PMI sur plainte ou signalement des parents, des proches ou de tout professionnel, comme c'est déjà le cas.

¹⁴ des exigences renforcées pour les candidats : aptitudes éducatives, maîtrise de la langue française ; des critères mieux définis par le décret (disponibilité, capacité d'organisation et d'adaptation ; aptitude à la communication et au dialogue ; capacité d'observation et de prise en compte des besoins particuliers de chaque enfant et des attentes des parents ; connaissance du rôle et des responsabilités de l'assistant maternel identification des dangers et aménagements nécessaires ; des modalités d'examen des dossiers mieux précisées (formulaire exclusif, visite(s) et entretien(s) avec le candidat et le cas échéant les membres de sa famille).

Etude sur la protection maternelle et infantile en France

Rapport de synthèse

Tome III/III – Rapports de site

Rapport présenté par :

***Danièle JOURDAIN-MENNINGER, Bernadette ROUSSILLE
Dr. Patricia VIENNE et Christophe LANNELONGUE***

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Rapport n°RM2006-163P
Novembre 2006***

Etude sur la protection maternelle et infantile en France

Rapport de synthèse

Tome III/III – Rapports de site

Rapport présenté par :

***Danièle JOURDAIN-MENNINGER, Bernadette ROUSSILLE,
Dr. Patricia VIENNE et Christophe LANNELONGUE***

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé.***

***Rapport n° RM2006-163P
Novembre 2006***

Liste des rapports de sites

Rapport IGAS, n° 2006 091 - Mission relative à la politique départementale de protection maternelle et infantile du Calvados

Rapport IGAS, n° 2006 092 Mission relative à la politique départementale de protection maternelle et infantile de l'Essonne

Rapport IGAS, n° 2006 093 Mission relative à la politique départementale de protection maternelle et infantile de l'Hérault

Rapport IGAS, n° 2006 094 Mission relative à la politique départementale de protection maternelle et infantile de Meurthe-et-Moselle

**Mission d'étude relative à la politique départementale
de protection maternelle et infantile**

Département du Calvados

Rapport définitif

***Rapport présenté par :
Mme Danièle JOURDAIN MENNINGER et le Docteur Patricia VIENNE***

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Rapport n° 2006-091
Septembre 2006***

**Mission d'étude relative à la politique départementale
de protection maternelle et infantile**

Département du Calvados

Rapport définitif

***Rapport présenté par :
Mme Danièle JOURDAIN MENNINGER et le Docteur Patricia VIENNE***

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé.***

***Rapport n° 2006-091
Septembre 2006***

Préambule

Pour faciliter la lecture du présent rapport final, lorsqu'elle a repris à son compte les remarques formulées par le département dans le cadre de la procédure contradictoire simplifiée, la mission les a intégrées dans le texte définitif du rapport.

L'intégralité du courrier relatif à la réponse du président du Conseil général est également jointe.

Sommaire

INTRODUCTION.....	3
PREMIÈRE PARTIE : PRÉSENTATION DU DÉPARTEMENT ET ORGANISATION DU SERVICE DE PMI	5
1.1 LA PRÉSENTATION DU CALVADOS À TRAVERS QUELQUES INDICATEURS	5
1.2 ORGANISATION DU SERVICE DE PMI	6
1.2.1. La mise en place de pôles permet de décloisonner le travail des professionnels	7
1.2.2. L'élaboration d'un schéma départemental de protection maternelle et infantile (PMI) affiche les priorités de la collectivité (2002-2007)	8
1.2.3. Une volonté politique forte alliée à une organisation structurée sont des atouts majeurs pour la mise en œuvre du schéma départemental de protection maternelle et infantile.....	9
1.3 LES RESSOURCES DU SERVICE DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE	10
1.3.1. Les ressources budgétaires.....	10
1.3.2. Les effectifs	11
DEUXIÈME PARTIE : ACTIVITÉS DE PLANIFICATION D'ÉDUCATION ET FAMILIALES.....	13
2.1 LA STRATÉGIE DU DÉPARTEMENT EN MATIÈRE DE PMI A INTÉGRÉ DEPUIS LONGTEMPS LA PLANIFICATION FAMILIALE.....	13
2.2 LES ACTIVITÉS DES CENTRES DE PLANIFICATION OU D'ÉDUCATION FAMILIALE COUVRENT DÉSORMAIS L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE	14
2.2.1. La nouvelle organisation des services a donné une dimension particulière à la fonction «accueil »	14
2.2.2. Les consultations sont bien organisées.....	15
2.2.3. L'éducation et l'information sexuelle à l'école	16
TROISIÈME PARTIE : ACTIVITÉS EN PRÉNATAL	18
3.1 LES INDICATEURS DE PÉRINATALITÉ.....	18
3.2 L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS	18
3.2.1. Les consultations prénatales organisées par le service de PMI ne couvrent pas l'ensemble des circonscriptions	18
3.2.2. Les visites à domicile des sages femmes concernent des femmes enceintes à risque médical et/ou psychosocial	19
3.2.3. L'entretien du début de grossesse (4 ^{ème} mois de grossesse) est réalisé par la PMI pour 20% des femmes enceintes	20
3.2.4. Les visites post-natales des sages femmes	20
3.2.5. Des séances collectives ciblées sur l'information et l'aide à l'allaitement	21
3.3 LES PARTENARIATS ACTUELS	22
3.3.1. Le partenariat avec les professionnels des établissements de santé.....	22
3.3.2. L'offre de soins des professionnels de santé libéraux	23
3.3.3. Une réflexion entre les professionnels s'impose dans le domaine de la périnatalité pour tenir compte de la démographie	24
QUATRIÈME PARTIE : SUIVI DES ENFANTS ET DES FAMILLES	25
4.1 LA PRISE EN COMPTE DES ENFANTS ET DES FAMILLES DANS LA STRATÉGIE DU DÉPARTEMENT	25
4.2 LES ACTIVITÉS	25
4.3 LES ACTIONS EN FAVEUR DES ENFANTS ET DES FAMILLES	26
4.3.1. Les actions à domicile en faveur des familles avec enfants de moins de 6 ans sont importantes	26
4.3.2. Les consultations infantiles de la PMI concernent essentiellement les enfants âgés de moins de 2 ans, voire parfois de moins d'un an.....	27
4.3.3. L'accueil et l'accompagnement des familles vulnérables sont privilégiés	28
4.3.4. Les actions collectives sont nombreuses et variées	28
4.3.5. Les enfants handicapés.....	30
4.3.6. Le suivi sanitaire des enfants de l'ASE.....	31

CINQUIÈME PARTIE : BILANS DE SANTÉ EN ÉCOLE MATERNELLE	32
5.1 LEUR PLACE DANS LA STRATÉGIE DU DÉPARTEMENT EST PRIORITAIRE MAIS LES OBJECTIFS SONT PLUS DIFFICILES À ATTEINDRE DEPUIS 2004.....	32
5.2 LES MODALITÉS D'ORGANISATION DES BILANS SONT CLASSIQUES	32
5.3 LE TAUX MOYEN DE COUVERTURE DES BILANS EST VOISIN DE 68%	32
SIXIÈME PARTIE : CONTRIBUTION DU SERVICE DE PMI À LA GESTION DES MODES DE GARDE INDIVIDUELS.....	34
6.1 LES ÉTABLISSEMENTS D'ACCUEIL D'ENFANT DE MOINS DE 6 ANS DURANT LA JOURNÉE SANS HÉBERGEMENT	34
6.2 L'AGRÈMENT DES ASSISTANTES MATERNELLES.....	35
6.2.1. <i>L'activité d'agrément est en forte croissance</i>	35
6.2.2. <i>La déconcentration des agréments s'est accompagnée de l'élaboration d'outils méthodologiques</i> .	36
6.2.3. <i>Le suivi annuel est insuffisamment assuré faute d'effectifs suffisants</i>	37
6.2.4. <i>Des solutions partielles existent pour soutenir les assistantes maternelles et aider les parents</i>	37
SEPTIÈME PARTIE : APPRÉCIATION GÉNÉRALE DE LA MISSION	38
7.1 UNE STRATÉGIE ET DES MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS À LA HAUTEUR DES ENJEUX DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE	38
7.2 LES ACTIVITÉS DE PLANIFICATION ET D'ÉDUCATION FAMILIALE	39
7.3 LE SUIVI DES FEMMES ENCEINTES	39
7.4 LE SUIVI DES ENFANTS ET DES FAMILLES	40
7.4.1. <i>Les consultations infantiles et le suivi à domicile</i>	40
7.4.2. <i>Le suivi sanitaire des enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance</i>	40
7.4.3. <i>Les bilans de santé en école maternelle</i>	40
7.5 LA GESTION DES ASSISTANTES MATERNELLES	41

ANNEXES

Introduction

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a réalisé depuis 2003, dans le cadre de son programme de travail annuel, le contrôle de 4 services de protection maternelle et infantile (PMI) dans les départements de Seine Saint Denis, du Finistère, de l'Ain et de la Guadeloupe. Ces enquêtes ont fait le constat d'une grande hétérogénéité dans les activités mises en œuvre dans les différentes collectivités départementales et dans certains cas d'une difficulté à couvrir les missions légales et d'un non respect des normes minimales réglementaires.

Ces constats recoupent ceux effectués par la défenseure des enfants, dans son rapport annuel 2002, qui faisaient apparaître les services de PMI comme *un « système performant mais une réalité inégale »*. Elle appelait à une rénovation et à un renforcement des attributions de la PMI.

Dans ce contexte, fin 2005 l'IGAS a proposé au ministre de la santé et des solidarités et au ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille d'inscrire à son programme annuel de travail une large enquête sur l'avenir de la PMI. Ce thème a été retenu comme prioritaire par les deux ministres concernés.

De plus, suite au débat public sur la protection de l'enfance initié en 2005, le gouvernement a engagé la préparation d'un projet de loi transmis au conseil des ministres à la mi-avril 2006 qui devrait être voté définitivement à l'automne. Les ministres souhaitaient pouvoir intégrer dans ce projet de loi des dispositions concernant la protection maternelle et infantile avec la volonté forte de trouver un consensus avec les représentants des collectivités locales gestionnaires de ce domaine de compétences.

C'est pourquoi, par lettre du 20 février 2006 (jointe en annexe 1), le ministre de la santé et des solidarités a saisi l'Inspection générale des affaires sociales d'une mission d'étude sur la protection maternelle et infantile visant à proposer *« les axes fondamentaux d'une politique rénovée en terme de missions et d'obligations, ainsi que les modalités à développer pour assurer son rôle clé dans le domaine de la prévention, notamment au regard de la protection de l'enfance »*.

Cette mission confiée à Mmes Danièle JOURDAIN-MENNINGER, Bernadette ROUSSILLE, à Mme le docteur Patricia VIENNE et à M. Christophe LANNELONGUE, membres de l'IGAS s'est déroulée entre le 1^{er} mars et le 30 juin 2006.

Pour procéder à ces investigations, et en complément des contrôles déjà réalisés et des rencontres et entretiens avec les responsables nationaux et les représentants des professionnels, la mission de l'IGAS a choisi de se déplacer dans cinq départements (Calvados, Essonne, Hérault, Meurthe et Moselle et Paris). La collectivité départementale - Ville de Paris fait, quant à elle, l'objet d'une mission conjointe IGAS – Inspection de la Ville de Paris. Chaque département donne lieu à un rapport de site avec procédure contradictoire simplifiée. Le rapport de synthèse reprend les constats majeurs et propose des recommandations

Dans le Calvados, la mission sur le terrain s'est déroulée les 11, 12 et 13 avril 2006. Des contacts complémentaires se sont poursuivis en mai et juin 2006. Le planning de travail de la mission et la liste des personnes rencontrées figurent en annexe 2.

Les membres de la mission tiennent à souligner :

- la qualité de l'accueil des responsables administratifs et élus du conseil général,
- la disponibilité des responsables de la PMI,
- la richesse des échanges pertinents et spontanés avec les professionnels des circonscriptions et les représentants des organismes et institutions rencontrés,
- l'aide apportée à la mission, notamment à travers les analyses et les réflexions prospectives et grâce à la transmission de documents.

Les appréciations portées la mission quant à la mise en œuvre des compétences de la politique de protection maternelle et infantile dans le Calvados doivent être comprises comme une contribution à la réflexion dans une optique d'amélioration de l'action publique en direction des citoyens et des usagers de la PMI.

Première partie : Présentation du département et organisation du service de PMI

1.1 La présentation du Calvados à travers quelques indicateurs

Lors du recensement de 1999, le Calvados comptait une population de 659.068 habitants pour une superficie de 5.548 km² (en 2004, elle est estimée à 664.248 soit une légère augmentation de 0,4%). Sa densité est de 119 habitants au km² voisine du niveau national (110 habitants).

Le Calvados est un département semi-rural avec une large bandière côtière (Deauville, Houlgate, Ouistreham...) et avec des zones à fortes disparités économiques et socioprofessionnels (tourisme, mais aussi activité de pêche parfois saisonnière et petites fermes agricoles).

Tableau 1. Données démographiques

	1990	2002	2003	2004
Population totale	618.729	659.068 (recensement 1999)	662.279	664.248
Nombre d'habitants de 15 à 50 ans	319.372 (recensement 1990)	328.006 (recensement 1999)	ND	ND
Nombre d'enfants de moins de 6 ans	44.760 (recensement 1990)	41.694 (recensement 1999)	49.389	ND
Part des 0-20 ans	28,6% (recensement 1990)	25,6% (recensement 1999)	ND	ND
Taux de natalité (pour 1000)	13,3	12,5	12,4	ND
Nombre d'enfants nés vivants de parents résidant dans le département	8215	8227	8231	ND

Source : Conseil Général complété par le document STATISS de Basse Normandie
ND : non disponible

Le taux de natalité de 12,4 pour 1000 habitants est voisin du taux national (12,7 en 2003). Le taux de fécondité (naissances pour 1000 femmes de 15 à 49 ans) du Calvados était en 2003 de 50,9 (France entière 53,1).

Le nombre de naissances domiciliées dans le département en 2003 était de 8231 (soit 1,08% du total des naissances répertoriées sur le territoire français).

Le taux de mortalité infantile (décès de moins de 1 an pour 1000 naissances) était en 2002 de 4,6 (taux national de 4,3).

En 2003, la population des moins de 6 ans était estimée à 49.389 enfants.

Tableau 2. Caractéristiques sociales

	1990	2002	2003	2004
Taux de chômage (décembre)	ND	9,7	10,5	10,2
Proportion de chômeurs de longue durée (plus d'un an) (décembre)	ND	28,7	30,7	32,2
Nombre de bénéficiaires du RMI pour 1000 personnes de 20 à 59 ans	15,7	27,8 (RP 1999)	27,8 (RP 1999)	27,8 (RP 1999)
Nombre de bénéficiaires de l'API pour 1000 femmes de 15 à 64 ans	11,4	10 (RP 1999)	10 (RP 1999)	10 (RP 1999)
Part des bénéficiaires de la CMU complémentaire sur la population totale	ND	6,4	6,6	6,6
Nombre de familles monoparentales	17.452	21.300 (RP 1999)	ND	ND

ND : non disponible

RP : recensement de population

Au 1^{er} janvier 2004, le nombre de bénéficiaires de la CMU de base était estimé à 6045 et le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire à 45.271 soit une population couverte estimée 6,9% (le pourcentage national était de 6,76).

A cette même date, **le nombre d'allocataires de l'allocation parent isolé (API) était de 2180** (soit 13,5 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans pour un taux national de 11,87).

Le nombre d'allocataires du revenu minimum d'insertion (RMI) était de 9803 personnes.

En 2002, le nombre de familles monoparentales était de 21.300.

1.2 Organisation du service de PMI

Les lois de décentralisation¹ ont confié aux collectivités départementales l'obligation d'assurer l'organisation et le financement des services de PMI et de mettre en place les structures. L'article L.2112-2 du CSP définit les missions de ces services.²

Cependant les collectivités sont un des prestataires de service dans ce secteur puisque l'Etat et les organismes de sécurité sociale (notamment via les professionnels libéraux et les

¹ lois du 6 janvier 1986, du 10 juillet 1989 et du 18 décembre 1989.

² mettre en place :

1°) des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;

2°) des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de 6 ans, notamment dans les écoles maternelles ;

3°) des activités de planification familiale et d'éducation familiale ;

4°) des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;

5°) un recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique ainsi que le traitement de ces informations en particulier celles relevant des examens de santé obligatoires (certificats) ;

6°) l'édition et la diffusion des divers documents obligatoires (certificats prénuptial, examens de suivi de grossesse, examens obligatoires des nouveaux nés et des enfants....) ;

7°) des actions d'information sur la profession d'assistant maternel et des actions de formation initiale destinées à aider les assistants maternels dans leurs tâches éducatives, sans préjudice des dispositions du code du travail relatives à la formation professionnelle continue;

Ce service doit également participer aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités.

établissements de santé) ont également pour mission de participer à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile (article L. 2111-1 du CSP).

Si le dispositif de la PMI est quasi exclusivement un service de prévention, les autres acteurs du système de soins exercent à la fois des activités de soins et des missions de prévention (c'est notamment le cas en ce qui concerne le suivi des femmes enceintes et des jeunes enfants).

Dans le Calvados, le service protection maternelle est infantile est rattaché à la direction des services sociaux (cf. organigramme en annexe 3) et dirigé par un médecin départemental, pédopsychiatre en détachement depuis 1998.

L'organisation prévoit le rattachement des personnels médicaux [médecins de PMI, sages-femmes] et des personnels des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) au médecin départemental de PMI [cf. organigramme en annexe 4].

Les quatre conseillers techniques référents des puéricultrices (dont l'effectif total est de 46,1 ETP dont 2 volantes), des éducateurs et des assistantes sociales sont rattachés à la « mission insertion et prévention » et non pas pour ce qui concerne la conseillère technique des puéricultrices à la mission PMI (comme c'est parfois le cas dans d'autres départements). Ces référents n'ont aucun lien hiérarchique avec les personnels des circonscriptions d'action sociale, qui sont sous la responsabilité des responsables de circonscription (RC).

Les responsables de circonscription sont eux-mêmes hiérarchiquement rattachés au directeur des services sociaux.

Il n'existe pas de référent pour les sages-femmes. Vu leur faible effectif (7 ETP budgétés – 6,7 postes pourvus), celles-ci sont en lien technique direct avec le médecin départemental de PMI, qui les réunit tous les mois.

La collectivité départementale a fait le choix de la gestion directe des activités et des structures, sans délégation hospitalière, ni associative de centres, en particulier en ce qui concerne les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF).

1.2.1. La mise en place de pôles permet de décloisonner le travail des professionnels

➤ Une organisation innovante centrée sur les besoins particuliers des usagers

En 1998 suite à une augmentation du nombre d'enfants confiés au département et à des difficultés liées à l'afflux d'usagers dans le dispositif RMI sur l'ensemble du département, induisant une réduction du travail de prévention et une impossibilité à suivre de façon satisfaisante tous les enfants se présentant à la PMI, les personnels de la circonscription de Caen Ouest se sont portés volontaires pour réfléchir à une nouvelle organisation après avoir initié une analyse de leurs pratiques.

Ce travail a conduit à imaginer une organisation qui ne soit plus centrée sur les dispositifs, mais sur les besoins des usagers.

Progressivement, une organisation déssectorisée s'est mise en place sur les onze circonscriptions d'action sociale (CAS) du Calvados avec la création de pôles transversaux :

- un « pôle accueil » pour une réponse immédiate aux usagers et une orientation adaptée vers les interlocuteurs les plus pertinents ;

Les consultations jeunes enfants et les permanences, sont dans le pôle « accueil ». C'est également le cas des centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) qui peuvent être implantés sur des lieux distincts et associer ou non des consultations prénatales.

- un « pôle accompagnement » avec un travail par projet dont la durée et les objectifs sont définis en plein accord avec les familles ; les personnels travaillant dans une optique de responsabilisation des familles en valorisant leurs potentialités;
- un « pôle placement familial » (PF) ; la collectivité a fait le choix d'une équipe spécialisée avec une professionnalisation particulière des personnels ;

Cette organisation en pôles a l'avantage de privilégier l'intervention commune (puéricultrice, assistante sociale, éducatrice, animatrice RMI, médecin...) autour des besoins des familles. Le travail se fait en équipe pluridisciplinaire avec une approche globale et transversale des familles et la construction de projets qui nécessitent leur participation, notamment par la signature d'un contrat d'adhésion à un suivi personnalisé.

Depuis 2000, il y a une forte déconcentration sur les circonscriptions [ex : décisions d'agrément (sauf recours), aides financières...] ce qui favorise les décisions de proximité plus rapides et en lien direct avec les usagers concernés.

➤ *L'activité de PMI sur les circonscriptions*

La population des circonscriptions d'action sociale varie de 37.000 à 67.000 habitants (recensement de 1999). Les CAS ne sont pas homogènes et la répartition des moyens alloués s'effectue en prenant en compte les charges de travail et les données socio-démographiques³.

Chaque circonscription dispose d'un médecin de PMI au minimum, d'une sage femme à temps plein ou à temps partiel (sur 2 conscriptions) et de puéricultrices affectées sur chacun des pôles.

1.2.2. L'élaboration d'un schéma départemental de protection maternelle et infantile (PMI) affiche les priorités de la collectivité (2002-2007)

Suite au bilan de fonctionnement du service sur les dix dernières années, la collectivité départementale a adopté en 2002 un schéma départemental de PMI qui détermine les actions prioritaires pour les cinq années à venir :

- proposer à toutes les femmes venant de faire leur déclaration de grossesse une mise à disposition des sages-femmes de PMI ;
- offrir des consultations prénatales, autant que faire se peut, dans les centres de planification ou d'éducation familiale (en 2001 seules 4,6% des femmes enceintes du département étaient suivies en consultation prénatale en PMI et cela dans 4 centres) ;
- couvrir l'ensemble du département par l'implantation d'un centre de planification ou d'éducation familiale à Honfleur et à Falaise (il existait en 2002, 5 CPEF à Caen dont une antenne sur le campus universitaire, Dives sur Mer, Bayeux, Lisieux et Vire) ;
- permettre aux futurs parents d'accéder à des groupes thématiques d'information et de prévention;

³ Une étude de charge de travail des médecins a été réalisée à cet effet et un groupe de travail est en cours pour évaluer le temps affecté à chacune des activités des puéricultrices.

- développer le travail en réseau avec les partenaires hospitaliers psychiatriques du centre hospitalier régional (CHR) pour un dépistage précoce et une orientation vers une prise en charge des femmes présentant une dépression anténatale ;
- dispenser aux professionnels une formation sur l'allaitement et proposer aux femmes souhaitant allaiter une information et une aide;
- offrir un accompagnement aux familles et plus particulièrement aux familles vulnérables (avec proposition de visites à domicile si besoin) ;
- développer les actions de prévention pour toutes les familles dans le cadre individuel des consultations de jeunes enfants, mais aussi par des animations en salles d'attente et des interventions collectives ;
- avoir la possibilité de voir tous les enfants de 3 ans et demi à 4 ans et demi en bilan d'école maternelle ;
- améliorer la qualité des prestations proposées aux parents dans le cadre des assistantes maternelles (meilleur suivi des agréments et actualisation de la liste des places disponibles) ;
- consolider le travail de partenariat avec la CAF, les CCAS, les mairies et les associations pour mieux répondre aux besoins des familles en structures d'accueil de la petite enfance, notamment en soutenant les projets innovants;
- poursuivre les actions de prévention de la maltraitance inscrites dans les projets de circonscriptions en lien avec le programme régional de santé (PRS) relatif à la maltraitance.

1.2.3. Une volonté politique forte alliée à une organisation structurée sont des atouts majeurs pour la mise en œuvre du schéma départemental de protection maternelle et infantile

Si l'orientation vers un service de PMI peut être guidée par des motifs socio-économiques, les responsables politiques, administratifs et techniques souhaitent fortement que ce service soit ouvert à toutes les catégories socioprofessionnelles sans exclusive pour éviter qu'une stigmatisation importante en direction des familles démunies n'ait l'effet inverse de les éloigner des prestations offertes.

Lors de ces déplacements, la mission a constaté que le service de la PMI du Calvados s'est organisé pour proposer à toutes les familles des services de qualité et agir de façon plus spécifique en direction des familles en situation de vulnérabilité que celle-ci soit physique, psychologique ou sociale.

1.3 Les ressources du service de protection maternelle et infantile

1.3.1. Les ressources budgétaires

Tableau 3. Dépenses de PMI (données du compte administratif)

	1990	2002	2003	2004
Budget PMI				
- dépenses directes	676.527	589.465	648.406	759.810
- dépenses indirectes	1.358.917	4 359 630	4.359.630	1.749.156
- total	2.035.444	4 949 095	5.008.036	2.508.966
Part dans le budget de l'action sociale				
- dépenses directes	0,64	0,37	0,36	0,31
- dépenses totales	1,60	2,69	2,40	0,94
Part dans le budget total du département	0,84	1,72	1,58	0,64

Source : service de PMI du Calvados – données en euros -.

Cette dépense est la somme :

- *des dépenses de personnel* : du département (administration de la PMI et unités opérationnelles en régie directe)⁴. La mise en place de la comptabilité M 52 a conduit à ne plus rattacher les dépenses de personnel des puéricultrices à la PMI, ce qui explique la chute des dépenses indirectes entre 2003 et 2004.
- *des dépenses de fonctionnement* dans les centres en régie directe.

Les dépenses directes recouvrent les dépenses de fonctionnement dans les centres de consultation (produits pharmaceutiques, frais d'analyse, vaccinations, petit matériel), ainsi que les frais d'intervention des techniciens en intervention sociale et familiale (TISF), les frais de formation des assistantes maternelles et les aides aux modes de garde, et la participation au budget des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) - cf. annexe 5.

Les dépenses indirectes correspondent aux frais de personnel de la mission PMI (rémunération, déplacement, divers...)

Les recettes annuelles de l'assurance maladie (remboursement des assurés sociaux par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et la mutualité sociale agricole (MSA) sur la base de convention⁵) s'élèvent à environ à 220.000€

En comparaison en 2004, le budget consacré à l'allocation départementale personnalisée d'autonomie s'est élevée à 46,1 millions d'euros et 11.329 personnes âgées en ont bénéficié. Au décembre 2004, 10.223 personnes étaient bénéficiaires de l'allocation du revenu minimum d'insertion soit une dépense de 44,2 millions d'euros pour le département.

⁴ Coût moyen annuel d'un médecin : 65.549€- d'une puéricultrice : 45.231€- d'une sage-femme :53.797€

⁵ Convention avec la CPAM du Calvados en date du 14 janvier 1988 concernant la PMI et la planification familiale pour les actes médicaux , les analyses de biologie médicale.

Convention avec la MSA du 1^{er} janvier 1997 relative à la participation des organismes d'assurance maladie au fonctionnement des actions de protection maternelle et infantile développées par le département du Calvados.

1.3.2. Les effectifs

➤ Les données brutes

Tableau 4. Personnel de PMI

PERSONNELS (en ETP)	1990	2002	2003	2004- 2005
MEDECINS	12	12	12	PMI : 12 + 1,7 vacataires CPEF : 1,5 + 1,5 vacataires
SAGES FEMMES	3,5	5,8	6,5	6,7 (7 postes budgétés)
PUERICULTRICES	43 dont 3 volantes	43,6 dont 2 volantes	43,6 dont 2 volantes	46,1 (dont 2 volantes)
INFIRMIERS	3	2	2	0
PSYCHOLOGUES	0	0	0	0
CONSEILLERS CONJUGAUX		2,2	2,2	2,4 (2005)
AUXILIAIRES de PUERICULTURE	2	3	3	3
SECRETAIRES	ND	2,4	2,9	3,1 (2005)
AUTRES PERSONNELS : - assistante sociale → au CPEF de Caen	0	0,50	0,50	0,50
TOTAL		71,5	72,7	77,9

Source : service de PMI du Calvados

L'effectif total des personnels affectés aux missions de protection maternelle et infantile est donc de presque 78 agents. Cependant, certains des agents [les puéricultrices (46,1 ETP), les auxiliaires de puériculture (3 ETP) et la moitié des secrétaires (1,6 ETP) ne sont pas rattachés au service de PMI. L'effectif du service de PMI est donc de 28, 1 ETP.

Depuis 2004, il n'y a plus d'infirmière ; le conseil Général a fait le choix d'évoluer vers du personnel infirmier spécialisé : les puéricultrices. Les effectifs de secrétaires de la PMI correspondent à une estimation du temps passé sur ce secteur par les secrétaires polyvalentes exerçant dans les circonscriptions.

➤ Les normes réglementaires (analyse sur les chiffres 2004)

Le décret n° 92-785 du 6 août 1992 relatif à la protection maternelle et infantile fixe ainsi les obligations en personnels (R. 2112-7 du CSP) :

- 1 sage-femme en équivalent temps plein pour 1500 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département.

Avec 6,7 ETP de sages-femmes pour 8231 enfants nés vivants en 2003, le conseil général répond aux obligations (1,2 ETP pour 1500 enfants nés vivants).

- 1 puéricultrice en équivalent temps plein pour 250 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département (ou infirmière avec expérience appropriée)
 - Avec 46,1 ETP de puéricultrices le conseil général répond aux obligations (1,4 ETP pour 250 enfants nés vivants).

Pour ce qui concerne l'organisation des consultations prénatales, *le Conseil Général respecte a minima ses obligations fixées comme suit :*

- Consultations prénatales (CP) et de planification ou d'éducation familiale (CPEF) : 16 demi-journées/semaine pour 100.000 habitants âgés de 15 à 50 ans⁶ résidant dans le département dont au moins 4 demi-journées de consultations prénatales (R. 2112-5 du CSP)

Tableau 5. Consultations (CP + CPEF)

femmes âgées de 15 à 50 ans en 2003	séances prénatales + planifications en 2004	dont prénatales	Demi-journée/ semaine pour 100.000	Dont prénatales pour 100.000
161 702	1 209	315	14	4

Source : données 2004 – DRESS

Les consultations infantiles sont bien développées sur l'ensemble des circonscriptions.

- Consultations pour les enfants de moins de 6 ans : au moins 1 demi-journée de consultation/semaine pour 200 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente de parents résidant dans le département

Tableau 6. Consultations infantiles

Enfants de 0 à 5 ans en 2003	Naissances en 2003	Séances en 2004	Demi-journée / semaine
49.880	8231	2146	1,0

Source : données 2004 - DRESS

⁶ Les calculs et les analyses effectués par la DRESS sont rapportés aux « femmes âgées de 15 à 50 ans » alors que le texte réglementaire fait référence au nombre de demi-journées de consultations pour 100.000 « habitants âgés de 15 à 50 ans ». Ce point est discuté dans le rapport de synthèse.

Deuxième Partie : Activités de planification d'éducation et familiales

Le département dispose de 8 centres de planification ou d'éducation familiale (un nouveau centre a été ouvert à Falaise en 2005), dont 4 effectuent aussi des consultations prénatales. Le maillage du territoire est effectif, compte tenu de la géographie du département. (cf. annexe 6).

2.1 La stratégie du département en matière de PMI a intégré depuis longtemps la planification familiale

L'activité de planification ou d'éducation familiale figure dans le premier schéma départemental de PMI en 1991 avec un objectif prioritaire consistant à développer la création de centres de planification, et à les inscrire dans des actions de santé publique. Cet objectif a été en grande partie atteint par la création, en 2003 et 2005 des deux centres de Honfleur et Falaise. La couverture du territoire est à mettre en regard de la fréquentation et nécessite parfois une direction médicale commune pour pouvoir assurer les vacances de postes ou les remplacements (Lisieux et Honfleur). La diffusion de dépliants d'information sur des thèmes tels que « la pilule du lendemain, vous connaissez » ainsi que de la liste des centres de planification a complété cette action. Les CPEF sont associés à l'élaboration d'un guide départemental sur l'IVG.

Un rapport réalisé en 1997 par le personnel du centre de Caen, a permis de déterminer le profil sociologique et démographique des usagers : il indiquait que les usagers étaient jeunes (50% avaient moins de 21 ans, 22% venaient pour la première fois, et la grande majorité 80% venait au centre pour renouveler une contraception ou pour un suivi de grossesse).⁷

Dans le nouveau schéma départemental de PMI, la politique de planification familiale s'inscrit dans une politique de prévention primaire avec quatre objectifs principaux :

- compléter le maillage du territoire, en intégrant les difficultés liées à la démographie médicale et en particulier au recrutement des médecins gynécologues ;
- répondre de manière encore plus globale aux besoins de santé des jeunes, notamment des mineurs ;
- développer les actions d'information et accompagner les jeunes et les adultes : vie sexuelle et affective, contraception, santé en général, avec un axe plus spécifique en direction des jeunes de 13 ans jusqu' à 20 - 25 ans ;
- renforcer les actions d'information sexuelle à l'école (+ 10 % du temps) en liaison avec l'éducation nationale.

⁷ Schéma départemental de PMI - page 4

2.2 Les activités des centres de planification ou d'éducation familiale couvrent désormais l'ensemble du territoire

Les activités des centres planification ou d'éducation familiale permettent une couverture d'une grande partie du territoire, notamment avec l'ouverture des deux derniers centres.

Tableau 7. Activités des CPEF

	1990	2002	2003	2004	2005
Nombre de CPEF	4	6	6	7	8
Nombre de séances de consultations (en demi-journées)	662	736	818	894	898
Nombre de consultations médicales	3852	4860	5317	5119	5036
Nombre de consultants	ND	2809	3175	3024	3210
Nombre d'entretiens avec une conseillère conjugale	ND	2130	2174	1091	1552

Source : service de PMI du département du Calvados

ND : données non disponibles

Le centre de Caen assure la moitié des examens médicaux du département (2540 en 2005), pour 383 séances de consultations et 1093 actes effectués par une conseillère conjugale (242) ou une assistante sociale (851).

Les CPEF disposaient en 2005 pour leurs activités de 1,5 médecins titulaires, de 1,5 ETP de médecins vacataires, de 2,4 ETP de conseillères conjugales et de 0,5 ETP d'assistante sociale.

Tous les personnels des CPEF ont suivi des formations, le centre de planification de Caen centre-ville bénéficiant plus spécifiquement des actions de formation organisées par le centre d'orthogénie du CHU avec lequel il entretient des relations de partenariat efficaces

2.2.1. La nouvelle organisation des services a donné une dimension particulière à la fonction « accueil »

L'organisation des services de PMI en pôles, avec un pôle spécifique « accueil » est bien adapté aux activités de planification et d'éducation familiale. Les centres sont tous dirigés par un médecin titulaire du certificat d'études spécialisées (CES) de gynécologie médicale ou titulaire d'un diplôme d'université (DU) de cette spécialité. Les médecins directeurs vacataires sont peu à peu remplacés par des médecins titulaires.

L'amplitude de l'ouverture de certains centres comme à Caen centre-ville, du lundi au samedi midi, avec deux demi journées sans rendez-vous constitue un élément appréciable dans la prise en charge des demandes.

Les demandes visent d'abord la contraception, la sexualité et le SIDA, avec une demande d'information croissante sur cette pathologie⁸.

La distribution de la contraception d'urgence est possible dans tous les centres, par des personnels nommément désignés y compris la secrétaire qui a une formation de secrétaire médico-sociale et selon un protocole départemental. (cf. annexe 7).

⁸ 23 consultations en 2004 pour 103 en 2005.

La distribution de la contraception d'urgence pose le problème du partenariat des centres avec les établissements scolaires et les pharmacies libérales : sur le premier point, il est important que la délivrance de la contraception d'urgence puisse se faire dans les délais prévus. Les autorisations d'absence des élèves ne font pas toujours l'objet d'une procédure claire dans les établissements scolaires ; la répartition des tâches entre l'infirmière scolaire et le personnel des centres de planification mériterait d'être précisée, y compris pour savoir qui doit avoir la charge financière de ce médicament ; c'est également le cas en ce qui concerne la procédure de la confidentialité par rapport aux parents.

Enfin, les centres ont signalé à la mission que certaines pharmacies libérales refusaient de délivrer gratuitement la contraception d'urgence aux mineures ou demandaient un document d'identité justifiant l'âge, celles-ci se tournant alors vers les CPEF pour l'obtenir.

2.2.2. Les consultations sont bien organisées

Les équipes sont souvent composées de médecins à temps partiel ou très partiel ; Au centre-ville de Caen, l'équipe est composée d'un médecin territorial directeur (gynécologue) à mi temps et d'un autre médecin territorial à mi-temps, les autres médecins étant vacataires.

Les médecins généralistes libéraux n'assurent plus, à Lisieux, de consultations de planification en raison du faible niveau de rémunération de la vacation.

L'implantation des deux centres complémentaires a permis d'augmenter cette offre ; en 2004, avant l'ouverture du centre de Falaise, les 7 centres avaient assuré 5.119 examens médicaux concernant 3.024 consultants, et les conseillères conjugales près de 1.100 entretiens. Il faut ajouter les tests de dépistage VIH, soit en 2004, 177 à l'occasion d'une consultation prénatale et 238 pour une consultation de planification.

Le centre de planification familiale de Caen centre-ville occupe une place très importante dans l'activité puisqu'il a assuré 2540 examens médicaux en 2005, dont plus de la moitié concerne de nouveaux dossiers ouverts en 2005 pour des moins de 20 ans. La proportion des usagers de moins de 20 ans est encore plus importante à Lisieux (65%).

Les modalités de consultation de planification familiale sont organisées pour qu'un premier entretien ait lieu avec la conseillère conjugale, puis avec le médecin (s'il s'agit d'une consultation prénatale, médecin gynécologue et sage-femme sont présents). L'examen gynécologique est très rarement réalisé lors d'un premier rendez-vous de planification.

La prescription comme la distribution de contraceptifs oraux est toujours accompagnée d'explications pour éclairer et responsabiliser les consultantes. La stratégie du département consiste à porter une attention particulière aux jeunes filles et jeunes femmes et aux femmes dépourvues de couverture sociale . Le service de PMI se situe en complément de l'offre de la médecine de ville.

Les entretiens pour les interruptions volontaires de grossesse (IVG) peuvent être organisés sans problème dans la mesure où il n'existe pas de liste d'attente dans les établissements de santé qui pratiquent ces interventions. Les IVG tardives comme les IVG chez de très jeunes filles sont rares, même si les services hospitaliers évoquent une dégradation des indicateurs dont le nombre d'IVG chez les mineures sans pour autant être en mesure de les chiffrer.

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception a autorisé la pratique de l'IVG médicamenteuse hors des établissements de santé. Les décrets d'application du 3 mai 2002 et du 1^{er} juillet 2004, complétés par la circulaire du 26 novembre 2004, précisent les modalités de mise en œuvre des IVG par la médecine de ville. La pratique des IVG médicamenteuse n'est pas prévue dans les centres de

santé ou les centres de planification familiale, en l'état actuel de l'article R.2311-7 du code de la santé publique.

Les centres de planification du département, interrogés à ce sujet par la mission, seraient favorables à ce que cette possibilité leur soit offerte. C'est également la position de la mission.

2.2.3. L'éducation et l'information sexuelle à l'école

Tableau 8

	2002	2003	2004	2005
<i>Nombre d'heures de séances collectives en milieu scolaire</i>	369	405	191	282
<i>Nombre d'élèves concernés par les séances collectives en milieu scolaire</i>	3048	2736	2015	2251

Source : service de PMI du département du Calvados

Les séances d'éducation et d'information sexuelles à l'école sont prévues par l'article L. 312-16 du code de la santé publique, complété par une circulaire du 17 février 2003. Elles doivent être au moins au nombre de trois par an, peuvent associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire, des enseignants et des intervenants extérieurs.

57 heures ont été consacrées à des séances d'information collectives dans les CPEF et 134 heures dans les établissements scolaires en 2004.

Les CPEF interviennent donc dans les établissements scolaires du Calvados, à la demande des établissements publics au niveau du collège (à partir des classes de 6^{ème} et avec les élèves volontaires des classes de 4^{ème} et de 3^{ème}), qui représentent les actions les plus nombreuses. Pour les centres situés dans des territoires plus ruraux, des interventions peuvent être organisées à la demande des établissements comme les « maisons familiales et rurales ». Les actions peuvent faire suite, comme dans la circonscription de Bayeux, à une réunion de nature plus généraliste sur la santé et peuvent être organisées dans le cadre du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).

Ces actions sont assurées, à chaque fois que cela est possible, en binômes par les médecins, et les conseillères conjugales, parfois préparées par l'infirmière scolaire avec la communauté éducative, sur une durée de deux heures, en demi groupe. Les intervenants des CPEF ont fait une demande de formation spécifique pour pouvoir répondre au mieux à ces interventions.

Les demandes émanent de l'infirmière scolaire, ou du professeur des sciences de la vie, du principal de collège ou du professeur principal.

La méthodologie adoptée par le CPEF de Caen consiste à faire remplir à l'avance un questionnaire anonyme aux collégiens, afin de mieux préparer les séances en fonction des attentes des élèves. Grâce à un travail d'enquête mené par un médecin stagiaire, sur la base d'un questionnaire adressé à 900 adolescents, le CPEF de Caen⁹ centre-ville a servi de cadre pour une réflexion sur les objectifs de l'action de prévention à mener. Ces actions font en outre l'objet d'une évaluation par les élèves, et un questionnaire de satisfaction est proposé aux professeurs (professeur principal, professeur des sciences de la vie, principal du collège).

⁹ « Education à la sexualité chez les adolescents en milieu scolaire », expérience du CPEF de Caen en 2004-2005
 IGAS *Mission d'étude relative à la politique départementale de protection maternelle et infantile* septembre 2006
 Département du Calvados

Grille d'analyse précédant l'intervention – Choisir 3 items
Thèmes d'intervention proposés: - relations amoureuses - relation sexuelle - premiers rapports sexuels - puberté - contraception (pilule, préservatif, implants...) - différence filles/garçons - homosexualité - abus sexuels - autres
Avez vous des questions précises que vous n'oseriez pas poser de vive voix au sujet desquels vous aimeriez un échange. Les écrire ci-dessous

D'après l'étude sus nommée, les trois sujets qui intéressent le plus les élèves sont les premiers rapports sexuels, la contraception et la relation amoureuse. Les garçons sont autant interpellés par les abus sexuels que par la contraception.

Dans tous les centres, une évolution s'est faite sur la nécessité d'adapter les thématiques à aborder, passant d'une information généraliste sur les moyens de contraception à des interventions plus ciblées sur la relation à l'autre, le machisme, les relations filles - garçons et la violence.

Les interventions récemment menées par la sage femme de PMI dans la circonscription de Bayeux, font état d'une répercussion forte et inquiétante de la pornographie sur les comportements et attitudes des jeunes participant à ces séances et vont sans doute conduire à revoir les thématiques abordées et les méthodes d'intervention en séances collectives d'information sexuelle.

Certains établissements demandent un deuxième passage des intervenants et apparaissent plus impliqués dans les séances d'information en milieu scolaire. Les centres, lorsque la taille de leurs locaux le permet, prévoient également des séances d'information sur place.

Les modalités d'organisation de ces séances impliquent que les membres de la communauté éducative y participent. Cette implication est variable selon les établissements et selon les enseignants.

Troisième partie : Activités en prénatal

3.1 Les indicateurs de périnatalité

Tableau 9. Données périnatales

	1990	2002	2003	2004
Mortalité périnatale (taux pour 1000)	8	13,1	10,8	ND
Mortalité infantile (taux pour 1000)	6,3	5,7	5,3	ND
Nombre de naissances survenues avant 37 semaines d'aménorrhée (taux pour 100 naissances)	5,1	5,6	6,1	5,8
Age de la mère - moins de 18 ans - plus de 38 ans (taux pour 1000 naissances)	<18ans→10,4 > 37 ans→ 22,7	<18 ans→ 4,3 > 7 ans → 53,3	<18 ans→ 5,5 >37 ans→ 52,7	<18 ans→ 5,7 >37 ans→ 50,9
Taux de césarienne	12,1%	17,9%	17%	18,3%
Poids à la naissance inférieur à 2500g (taux pour 1000 naissances)	56,9	63,5	64,4	61,6
Allaitement maternel	37,1%	50,1%	53,2%	55,3%

Source : service de PMI du Conseil Général du Calvados - indicateurs notamment issus des certificats de santé du 8^{ème} jour et du 24^{ème} mois

Le nombre de naissances chez les femmes de plus de 37 ans, qui représente un facteur de risque a été multiplié par 2 en 15 ans aussi bien dans le Calvados qu'au niveau national. Ce qui représente en 2004 pour le département plus de 400 femmes. Par contre, sur la même période le taux de grossesse chez les mineures a été réduit de moitié.

En 15 ans, le taux de césarienne a fortement augmenté, puisqu'il atteint presque une naissance sur 5 (taux identique en Calvados et en France entière – 18,8%).

3.2 L'organisation des activités

3.2.1. Les consultations prénatales organisées par le service de PMI ne couvrent pas l'ensemble des circonscriptions

Les consultations prénatales sont réalisées dans la moitié des centres de planification ou d'éducation familiale du Calvados. L'organisation de ces consultations sur les 4 centres est la suivante rapportée à 8231 naissances en 2003 :

- Caen : 4 demi-journées/semaine
- Bayeux : 1 demi-journée /semaine
- Dives sur mer : 1 demi-journée/semaine
- Lisieux : 1 demi-journée/semaine

Ces consultations ne sont individualisées sur des créneaux particuliers que sur les communes de Caen et de Lisieux.

En parallèle, il existe sur l'ensemble du département 50 lieux de consultations infantiles pour 43.389 enfants de moins de 6 ans (chiffres 2002).

Le pourcentage de femmes enceintes suivies dans les centres de PMI est faible, puisqu'il représentait en 2004 environ 16,4% de l'ensemble des parturientes. Ce chiffre a cependant évolué progressivement à la hausse sur les 15 dernières années (ce pourcentage était de 6,3% des femmes enceintes en 1990).

Si le département remplit ses obligations réglementaires à minima en ce concerne les consultations prénatales, c'est qu'il a toujours pris comme position de ne pas entrer en concurrence avec le secteur libéral (aussi bien pour les médecins généralistes que pour les gynécologues obstétriciens). C'est ainsi qu'encore récemment lors de l'ouverture du CPEF sur la commune de Vire, un mouvement des médecins libéraux, dont certains ont estimé que « la PMI allait leur prendre des clients », a conduit à limiter l'activité à la planification familiale sans ouvrir de consultations prénatales.

3.2.2. Les visites à domicile des sages femmes concernent des femmes enceintes à risque médical et/ou psychosocial

Ces visites à domicile (VAD) se font à deux titres principaux ; il s'agit soit d'un suivi médical à domicile, soit d'interventions organisées au titre de la prévention primaire psychosociale.

➤ *Le suivi médical à domicile*

Il s'agit d'un suivi médical par les sages-femmes de PMI en lien avec le médecin prescripteur libéral ou hospitalier, réalisé en particulier en cas de menace d'accouchement prématuré, d'hypertension artérielle ou de grossesse gémellaire ne nécessitant pas d'hospitalisation à domicile. Le passage à domicile de la sage-femme permet alors un suivi associé à un travail d'information ou d'éducation à la santé individuel et évite ainsi tout déplacement à la femme enceinte.

Ce suivi des grossesses à risque nécessite une liaison étroite avec les médecins prescripteurs (secteur libéral ou maternité publique ou privée).

➤ *Les interventions de sages-femmes dans le cadre de la prévention primaire psychosociale*

En complément du suivi à la demande d'un médecin extérieur au service de PMI, les sages-femmes à partir de l'examen attentif de toutes les déclarations de grossesse transmises par la caisse d'allocations familiales (CAF), portent une attention toute particulière à certaines situations :

- grossesse déclarée tardivement et/ou peu ou pas suivie ;
- âge de la future mère inférieur à 18 ans ;
- primipares âgées ;
- grossesses rapprochées ;
- femmes isolées.

Des situations de difficultés sociales ou familiales peuvent également être signalées par des professionnels médico-sociaux.

En 2005 le nombre de visites à domicile dans ce contexte de risque médical et/ou psychosocial était de 1486 et a concerné 731 femmes enceintes (soit environ 10% des déclarations de naissance).

Si une mise à disposition est envoyée à toutes les femmes enceintes (proposition de VAD ou de consultation au centre), un avis de visite pour une rencontre à domicile peut être proposé en direction des familles plus vulnérables. Après accord des familles, la sage-femme peut se déplacer au domicile de la future mère soit seule soit avec une puéricultrice de la PMI qui pourra être amenée à suivre l'enfant après la naissance.

Par ailleurs, en 2005 sur les 7691 mises à disposition systématiques, les réponses apportées par les sages-femmes ont été les suivantes :

- 797 appels téléphoniques ;
- 567 entretiens au centre médico-social
- 684 visites à domicile.

ce qui correspond à un taux de réponse (toutes modalités confondues) de 26,63%.

3.2.3. L'entretien du début de grossesse (4^{ème} mois de grossesse) est réalisé par la PMI pour 20% des femmes enceintes

Cet entretien est effectué depuis 2003 par toutes les sages-femmes du conseil général, qui ont été formées (programme sur 3 jours avec une sage-femme et un psychologue).

Les femmes enceintes bénéficient de cet entretien même si elles viennent pour la première fois à la PMI après le 4^{ème} mois de grossesse.

En 2005, plus d'une femme enceinte sur quatre a répondu aux mises à disposition proposées à titre systématique à toutes les femmes, à partir des déclarations de grossesse reçues de la CAF (cf. annexe 6).

Il n'existe pas de document particulier servant de support à cet entretien (comme c'est le cas par exemple en Meurthe et Moselle), mais des brochures d'information accompagnent le courrier de mise à disposition adressé aux femmes (« tabac et grossesse » - « alcool et grossesse »...).

A l'initiative de quelques sages femmes de PMI et du centre périnatal d'Aunay sur Odon, un projet de sensibilisation à la recherche en prénatal de tendances dépressives chez la femme enceinte avait été initié (formation au dépistage par l'échelle de Cox) et supervision des sages-femmes par un psychologue du CHU de Caen. Il était prévu qu'en cas de besoin, les sages-femmes orientent les femmes enceintes vers psychiatre en assurant une veille particulière lors du suivi prénatal. Le mi-temps de psychologue sollicité auprès des autorités de tutelles n'ayant pu être financé, ce projet n'a pu être initié. *La mission considère que vu la fréquence de la dépression post-partum, présente au niveau national, dans près de 15 % des grossesses, la faisabilité de cette mesure de prévention proposée par des professionnels oeuvrant en réseau mériterait d'être revue au niveau local.*

3.2.4. Les visites post-natales des sages femmes

Cette demande peut émaner des parents eux-mêmes pour un conseil (ex : pour l'allaitement) ou des maternités lors de sorties précoces. Parfois, il peut s'agir d'un suivi conjoint avec une puéricultrice (cf. infra).

3.2.5. Des séances collectives ciblées sur l'information et l'aide à l'allaitement

Le département organise des séances d'actions collectives. Certaines sont systématiquement offertes aux femmes sur toutes les circonscriptions ; c'est le cas des groupes d'information et d'aide à l'allaitement. D'autres sont organisées en fonction des priorités locales, des disponibilités des professionnels et des demandes formulées par les femmes enceintes.

- *Informier sur l'allaitement et aider les femmes qui font le choix de l'allaitement maternel est une priorité départementale*

Ces séances sont mises en place dans pratiquement toutes les circonscriptions, à hauteur d'une demi-journée par mois. Si le taux d'allaitement des mères à la sortie de la maternité était en 2000 de 46,7% seules 26,8% de ces femmes continuaient à allaiter au bout de 4 semaines.

Dans le cadre de la formation continue, l'ensemble des professionnels (médecins, sages femmes, puéricultrices et auxiliaires de puériculture) des centres de PMI a reçu une formation de 3 jours organisée par un organisme piloté par le Dr Marie THIRION (université de Grenoble¹⁰).

Une demande a été formulée par les médecins hospitaliers des services de maternité de Lisieux et de Bayeux pour bénéficier de cette formation dans le cadre de la formation continue hospitalière. *La mission estime que cette formation pourrait également être étendue aux médecins libéraux [via l'union régionale des médecins libéraux – (URML)] en inscrivant ce thème en formation médicale continue indemnisable pour que tous les professionnels de la région aient un discours commun en direction des mères.*

La position des professionnels de PMI est d'apporter une information claire aux femmes pour les aider à comprendre l'intérêt pour l'enfant de l'allaitement maternel, tout en respectant le choix de celles qui préfèrent avoir recours à l'allaitement artificiel.

Aucune statistique précise n'est tenue concernant le nombre de séances réalisées et le nombre de femmes y ayant participé.

- *Les séances de préparation à l'accouchement sont organisées au niveau des circonscriptions d'action sociale par exception*

Elles concernent essentiellement les femmes qui ne peuvent assister aux séances organisées par les maternités hospitalières, du fait soit de l'éloignement, soit de leurs difficultés à être en groupe et qui n'ont pas la possibilité financière de se diriger vers les sages femmes du secteur libéral..

- *Les professionnels des circonscriptions participent aux projets d'initiative locale de soutien à la fonction parentale*

Il s'agit de projets partenariaux avec souvent un support associatif et qui sont co-financés par la collectivité départementale (subvention moyenne de 2.500 à 3.000 €)¹¹. Ils

¹⁰ Il existe un diplôme inter universitaire à Grenoble « Lactation humaine et allaitement maternel ».

¹¹ En 15 ans, les financements du Conseil Général sont passés de 40.000 €/ an à 180.000€an pour l'ensemble des projets d'initiative locale, tous thèmes confondus.

permettent des échanges entre futurs parents ou parents, lors de réunions mensuelles auxquelles participent des puéricultrices et des sages-femmes de PMI.

Cinq fiches correspondant à de type de projets figurent dans le classeur « soutien à la parentalité – actions collectives de prévention » élaboré par la conseillère technique des puéricultrices pour mutualiser les initiatives :

- 10 rencontres « allaitement » par mois sont réparties sur le territoire du Calvados. L'association RENOAL (réseau normand pour l'allaitement) ainsi que les professionnels des maternités sont partenaires.
- et un lieu d'échange intitulé « Parler autour de la naissance – devenir parents – hôpital de Falaise – service de maternité ». Ce projet est porté par l'Ecole des parents et des éducateurs (EPE) avec la participation d'un psychologue de l'association.

Ces séances collectives ont deux intérêts majeurs : ils conduisent les professionnels de terrain à changer leur regard sur les familles qui elles, sont valorisées par la participation à ces activités qui induisent un travail sur leurs potentialités.

➤ *Les données statistiques disponibles*

Tableau 10. Suivi des femmes enceintes

	1990	2002	2003	2004
Nombre de centres PMI effectuant des consultations prénatales	4	4	4	4
Nombre de séances de consultations prénatales*	313	324	314	315
Nombre de déclarations de naissance		7941	7654	7948
Nombre de consultant·es vues en consultation	419	353	359	256
Pourcentage de femmes enceintes suivies en consultations prénatales ¹²	NR	4,45%	4,69%	3,22%
Nombre de visites à domicile effectuées	1768	1675	2160	2262
Nombre de femmes vues en visites à domicile	504	746	1198	1348
Pourcentage de femmes enceintes vues en visites à domicile	6,13%	9,06%	14,6%	16,4%

Source : service de PMI du Conseil Général du Calvados

*par séances de consultation on entend demi-journées de consultation (en général 4 heures)

3.3 Les partenariats actuels

Ils concernent essentiellement pendant la grossesse les maternités publiques et privées, les services de néonatalogie et de pédiatrie et le secteur libéral .

3.3.1. Le partenariat avec les professionnels des établissements de santé

Les sages-femmes de PMI (ainsi que certaines puéricultrices) passent régulièrement (tous les jours au CHR de Caen et en général une fois par semaine dans les autres établissements de santé) dans les services de maternités des hôpitaux et des cliniques.

Une fiche de liaison a été mise en place avec le service de néonatalogie en lien avec celui de maternité du CHR (environ 3500 accouchements/an) et les contacts téléphoniques sont fréquents. En maternité, l'arrivée d'une nouvelle surveillante qui a ouvert, plus largement, le service aux parents et aux professionnels a amélioré les échanges et va permettre d'organiser le lien avec le service de PMI lors des sorties précoces : les sages-femmes

¹² Les pourcentages mentionnés par la mission concernant les femmes enceintes suivies en consultations prénatales sont extraits du questionnaire IGAS - avenir de la PMI rempli par le conseil Général. Lors de la procédure contradictoire simplifiée d'autres pourcentages très différents ont été transmis à la mission sans explication précise. Ils sont mentionnés ici : [1990 : NR ; 2002 : 4 ,45% ; 2003 : 4,69% ; 2004 : 3,22%].

hospitalières (il n'y a pas de puéricultrices en maternité au CHR) contactent leurs homologues et proposent aux parents de consulter en PMI). Cependant le SROS III de Basse- Normandie (2006-2011) rappelle que la PMI n'a pas vocation à suivre tout enfant sortant d'un établissement de santé. Restent à travailler les liens entre la maternité du CHR et le service de protection de l'enfance car, pour les professionnels, il y a encore souvent confusion entre le service de PMI et le service de protection de l'enfance

Il existe un service d'hospitalisation à domicile de maternité au CHR¹³ composée de sages-femmes¹⁴, mais sans puéricultrice, aussi les retours à domicile se font parfois dans des conditions délicates (ce d'autant plus que l'intervention de travailleuses familiales ou d'aides ménagères n'a pas été envisagée par convention et doit être discutée au cas par cas). Des femmes jeunes, fatiguées et isolées (ayant eu une épisiotomie et/ou pour lequel l'accompagnement à l'allaitement n'est pas encore achevé) et des nouveau-nés qui n'ont pas repris leur poids de naissance ou qui sont de très petit poids ainsi que ceux qui nécessitent toujours des soins de cordons peuvent se retrouver à domicile trois jours après l'accouchement. C'est alors la PMI qui est de plus en plus souvent appelée pour assurer un soutien psychosocial et/ou un suivi sanitaire qui ne relève pas de la simple prévention.

Des échanges entre professionnels (puéricultrices pour le CHR de Caen ; sages-femmes et puéricultrices pour les CH de Bayeux et de Lisieux) sont mis en place depuis plusieurs années à la demande conjointe de la PMI et des services hospitaliers : ces échanges contribuent à entretenir un climat de confiance propice à un travail de lien de qualité, notamment pour les situations familiales complexes ; elles permettent également d'actualiser les actions respectives, afin de mieux accompagner les familles et de préparer avec elles la sortie de la mère et de l'enfant ou de l'enfant hospitalisé. Bien que ces échanges (sous la forme de stages de deux à cinq jours) entraînent des difficultés de gestion des effectifs, ils sont reconduits du fait des bilans très positifs effectués par les services de formation des deux institutions.

3.3.2. L'offre de soins des professionnels de santé libéraux

Les sages-femmes libérales sont essentiellement installées sur les communes de grande et moyenne importance.

Leurs activités principales concernent la préparation à la naissance et la rééducation périnéale post natale¹⁵. Certaines effectuent les entretiens du 4^{ème} mois (mais aucune statistique précise n'est disponible).

Sur le site du conseil de l'ordre des sages-femmes (CDOSF) du Calvados, 24 sages-femmes sont recensées en activité libérale. La moitié est installée sur la commune de Caen ou les communes périphériques. Une seule sage-femme est installée dans les villes suivantes : Bayeux, Falaise, Douvres la Délivrande, Bretteville l'Orgueilleuse, Ouistreham et Vire.

¹³ Mais il n'intervient que sur un rayon de 15 km autour de Caen.

¹⁴ Le domaine de compétence des sages-femmes s'applique aussi bien au suivi de la femme en suite de couche que du nouveau né sans problème particulier.

¹⁵ La cotation des actes favorise la réalisation de ces activités plus lucratives.

3.3.3. Une réflexion entre les professionnels s'impose dans le domaine de la périnatalité pour tenir compte de la démographie

Compte tenu du déficit en obstétriciens, en pédiatres (notamment néonatalogistes) et en anesthésistes réanimateurs, le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) qui vient d'être signé recommande le regroupement sur un même site des activités de périnatalité afin qu'aucune équipe médicale dans chacune de ces trois disciplines ne soit inférieure à 3 praticiens.

Une vigilance particulière doit être portée à l'organisation à domicile des sorties précoces pour que la sécurité des mères et des nouveau-nés continue à primer sur les pressions économiques que pourraient engendrer le passage à la tarification à l'activité.

Si une attention collective particulière de tous les acteurs, notamment des autorités de tutelle n'est pas entretenue, la démographie en professionnels libéraux pour les spécialistes de gynécologie obstétrique et de pédiatrie, mais aussi pour les médecins généralistes risque de faire peser sur le service de PMI des activités à la limite entre curatif et préventif (soins de cordon pour les nouveau-nés ou suivi d'allaitement chez des femmes insuffisamment préparées avant la sortie de la maternité).

Quatrième partie : Suivi des enfants et des familles

4.1 La prise en compte des enfants et des familles dans la stratégie du département

L'approche « petite enfance » était un des axes prioritaires de la PMI en 1991. Cette orientation avait conduit à renforcer, grâce à des médecins vacataires, la capacité d'intervention pour les bilans dans les écoles maternelles des médecins de circonscription, à créer des groupes mères -enfants dans les salles d'attente de consultation pour favoriser l'éveil des jeunes enfants et à mener une étude en direction des centres d'action médico-sociale précoce (CAMPS).

La nouvelle organisation en pôles permet de suivre cet axe de la politique de PMI par les deux pôles que sont le pôle « accueil » et le pôle « accompagnement ».

Le schéma départemental de PMI pour 2002/2007 avait inscrit comme action prioritaire l'idée d'offrir un accompagnement aux familles et particulièrement aux familles les plus vulnérables (avec si besoin des visites à domicile), de développer les actions de prévention pour toutes les familles dans le cadre individuel des consultations de jeunes enfants mais aussi par des animations de salles d'attente et les interventions collectives.

L'orientation générale du schéma départemental de PMI repose sur l'idée que l'accueil comme l'accompagnement doivent concerner l'ensemble des familles mais l'implantation des centres et l'intensité du travail fourni montre que ce sont les familles considérées comme le plus vulnérables qui sont majoritairement bénéficiaires de cette offre.

4.2 Les activités

Les consultations sont essentiellement orientées vers les consultations postnatales et concernent en grande partie le suivi des enfants. Le département s'inscrit dans les normes réglementaires.

Tableau 11. Consultations infantiles

	1990	2002	2003	2004
Nombre de centres de PMI effectuant des consultations infantiles	63	55	52	50
Nombre de séances (1/2 journées) de consultations infantiles	2141	2111	2100	2146
Nombre d'enfants vus en consultation	7394	4524	4660	4711
Taux d'enfants vus en consultation/classe d'âge	16,5%	10,9%	11,2%	11,3%
Nombre de visites à domicile effectuées	14.576	9341 (chiffres 2001)	ND	ND
Nombre d'enfants vus en visites à domicile	5526	1722	ND	ND

Source : service de PMI du département du Calvados.

ND : données non disponibles

4.3 Les actions en faveur des enfants et des familles

4.3.1. Les actions à domicile en faveur des familles avec enfants de moins de 6 ans sont importantes

La visite à domicile était, dans les années 1970, encore considérée comme une intrusion et un risque de contrôle social. Le schéma de PMI a été aussi conçu pour contribuer à désamorcer cette image, et le maillage de proximité a pour objet de mieux aider les familles vulnérables sans les stigmatiser.

Les avis de naissance étant transmis au service de PMI de manière souvent tardive (3 semaines), le centre de Douvres a expérimenté l'idée de faire parvenir un courrier proposant systématiquement une mise à disposition à partir des avis de grossesse, un mois avant l'accouchement¹⁶. La rédaction d'une lettre de mise à disposition a été élaborée par un groupe de travail composé de sages femmes et du médecin départemental. Elle est destinée à éviter toute stigmatisation, en faisant une offre de service de mise à disposition à partir des avis de grossesse.

Les visites à domicile postnatales répondent ainsi à une demande de suivi émanant des familles elles mêmes et/ou à des sorties précoces de maternité, (même si elles sont encore peu nombreuses dans le département). Elles sont également prévues en articulation avec les maternités, en cas de risques de troubles de la parentalité décelés lors des visites ou des consultations prénatales.

Les puéricultrices et les sages femmes, au vu de la déclaration de naissance et /ou du certificat de santé du 8^{ème} jour tentent d'obtenir l'accord des familles pour un suivi post-natal ou centre médico-social ou à domicile : **en 2001, 20,9% des familles étaient suivies sous la forme d'un accompagnement effectué essentiellement par les puéricultrices et dans une moindre mesure par les sages femmes**

Le département et le centre hospitalier de Lisieux ont de façon concertée mis en œuvre des formations comme celles qui traitent aux troubles de la parentalité, suivie par environ 60 personnes (service de PMI et personnel hospitalier).

Pour pallier les inconvénients des sorties précoces de maternité, les sages femmes hospitalières incitent les femmes à faire appel aux ressources de la PMI dès la sortie de maternité. Le CHU de Caen a par ailleurs, sur financement dotation nationale des réseaux (DNDR), initié un service d'hospitalisation à domicile. Cette activité se fait dans un rayon de 15 km autour de Caen. Ce service, qui repose sur l'intervention de sages femmes, est rendu moins efficace en l'absence de TISF dans ses modalités de prise en charge (cf. supra).

Pour des familles suivies dans un « contrat d'accompagnement » comme dans la circonscription de Bayeux, des visites à domicile peuvent être organisées. Elles durent de 42 minutes à 1 heure, et peuvent éventuellement déboucher sur une consultation avec le médecin de PMI de la circonscription. . Lorsqu'une famille, à la suite d'un signalement par un travailleur social, est suivie dans le cadre d'une action « d'accompagnement », l'équipe, associant la puéricultrice et le psychologue, le référent ASE si nécessaire, la TISF effectue une évaluation et propose un accompagnement intensif sur une durée déterminée. Cet

¹⁶ Le conseil général a informé la mission en septembre 2006 que cette procédure était maintenant généralisée à tout le département.

accompagnement peut faire l'objet d'un protocole d'intervention avec la famille, avec un certain nombre d'objectifs définis pour pouvoir être facilement atteints. Cette contractualisation est fortement suggérée, mais elle n'est pas automatique. La durée moyenne d'un suivi est d'environ un an.

Une puéricultrice suit en moyenne 20 familles par an.

4.3.2. Les consultations infantiles de la PMI concernent essentiellement les enfants âgés de moins de 2 ans, voire parfois de moins d'un an

Les consultations sont ouvertes à toutes les familles sans distinction de nature sociale ou financière. Les médecins traitants ont rempli en 2004 16.941 certificats de santé, dont 7738 sont des certificats de santé du 8^{ème} jour.

8 201 avis de naissance sont envoyés au siège de la PMI et retransmis aux médecins de circonscription pour examen et suite à donner.

Les consultations (sans que ne soient distinguées les consultations prénatales et infantiles) occupent, selon les chiffres transmis à la mission, 22,5 % du temps des médecins.

Chaque enfant a bénéficié de 3,9 examens par an en moyenne, les consultations concernant essentiellement les enfants de moins de 1 an. La durée de consultation du médecin de PMI est de 25 minutes, celle de la puéricultrice de 30 minutes par enfant. La durée de consultation médicale, combinée à l'entretien avec une puéricultrice, constitue un avantage certain de la PMI par rapport aux consultations de médecine libérale. Ce qui est une prestation de qualité appréciable pour les bénéficiaires, pourrait avoir du mal à être maintenu longtemps si le département devait faire face à d'autres dépenses sociales dans le cadre de budgets de plus en plus contraints (APA, RMI...).

L'efficacité de cette consultation est axée sur le suivi médical et sur le tandem médecin - puéricultrice associant un examen clinique, une écoute attentive et des conseils pratiques individualisés.

Le suivi des enfants est essentiellement concentré sur les trois premiers mois de l'enfant, puis se concentre sur les visites obligatoires ou le calendrier vaccinal. En dépit de la demande de certaines familles, le suivi des enfants de plus de deux ans est plutôt assuré par les médecins généralistes lors des consultations pour les maladies infantiles.

Les techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF) peuvent aussi, grâce à un financement ASE ou PMI, intervenir à domicile en périnatalité sur prescription médicale à partir du huitième mois de grossesse en cas de grossesses multiples, pathologiques, ou de prématurité. Ces accompagnements peuvent être pluridisciplinaires associant selon les besoins, notamment à la suite d'un dépistage précoce des troubles du lien mère enfant ou dans les cas de dépression pré ou post natale, un pédopsychiatre du CHU et une travailleuse familiale grâce à une convention passées entre le centre hospitalier de Caen, l'association des travailleuses familiales et la CPAM. Ils sont alors entièrement pris en charge financièrement.

4.3.3. L'accueil et l'accompagnement des familles vulnérables sont privilégiés

L'accueil des familles a fait l'objet d'une réflexion collective sur l'impulsion du médecin responsable de la PMI, avec l'objectif affiché d'un soutien à la cellule familiale, dans un contexte rural important d'isolement, avec des problèmes de mobilité.

La PMI apporte également un appui aux femmes de catégories sociales moyenne et supérieure, sans famille proche ou disponible, dont l'hyperactivité peut les placer elles mêmes en difficulté. Le congé de paternité a néanmoins permis de pallier en partie cette solitude des premières semaines, même s'il est peu utilisé par les cadres compte tenu de la perte de salaire non compensée.

Le travail effectué à l'accueil par les professionnels est fondé sur la prévention, avec un diagnostic de socialisation, et la préoccupation de l'accompagnement parental.

Par exemple dans la circonscription de Bayeux, (centre médico-social d'Isigny), ce sont les familles les plus vulnérables de ce territoire rural et les plus fragiles au plan économique et sociologique, qui sont suivies et accompagnées. L'organisation en pôle permet une approche globale et interprofessionnelle. Pour des familles dont le pôle accueil a repéré des difficultés, ou qui sont suivies par le juge, un travail d'accompagnement spécifique est engagé à partir d'une évaluation de l'ensemble de l'équipe. L'objectif consiste à engager un travail de prévention en accompagnant les familles, et de prévoir une contractualisation pour ces familles à la suite d'une décision de l'équipe. Les consultations complètent les visites à domicile mentionnées ci-dessus.

L'évaluation avec la puéricultrice, le travail avec le référent ASE lorsque les enfants font l'objet d'un placement, l'assistante sociale chargée du suivi du RMI et la travailleuse familiale pour les droits de visite des enfants peut conduire à concentrer sur certaines familles un nombre important de travailleurs sanitaires et sociaux. Ce qui induit une nécessaire coordination des intervenants : l'équipe chargée de l'accompagnement se réunit une fois par semaine, une fois par mois avec le psychologue, et décide de la durée de l'accompagnement de la famille, qui est en moyenne de l'ordre d'une année.

4.3.4. Les actions collectives sont nombreuses et variées

➤ Les animations de salles d'attente

Pour développer les capacités parentales, la qualité de l'accueil se traduit dans l'aménagement des locaux : pièce d'accueil, bureau de la puéricultrice, bureau du médecin. Cette zone d'accueil est conçue comme un espace de transition entre l'extérieur et les locaux de la consultation.

Sur la circonscription de Caen Ouest, le rôle de la secrétaire médicale avec une formation médico-sociale, est particulièrement important. Dans cette circonscription, une consultation est organisée dans un centre de loisirs (commune de Blainville sur Orne), avec une ludothèque ouverte dans les mêmes plages horaires que la consultation.

Un temps de psychologue dévolu à la PMI est demandé par les professionnels du département chargés de l'accueil, ce qui, compte tenu de la nature des interventions menées, paraît justifié pour la mission.

L'initiative du « bébé lecteur » permet ainsi, dans la salle d'attente, de développer une action collective en direction des familles, notamment les plus vulnérables sur le plan socioculturel : une animatrice de la bibliothèque communale anime une action de sensibilisation de l'enfant et de ses parents au plaisir de la lecture par la mise à disposition en libre accès de mallettes contenant des livres pour les tout-petits.

➤ Les actions collectives en partenariat

Les actions collectives ont été confirmées à partir de la délibération de la commission permanente du conseil général 11 juin 2001. L'idée générale consiste, à développer la prévention primaire pour valoriser les capacités parentales et à aider les parents à retrouver des repères et, pour certaines familles, à apprendre à « dire non ».

Les actions collectives sont le reflet des territoires, avec des actions intensives dans des territoires dont les familles présentent des critères de vulnérabilité importants, qu'il s'agisse de familles vivant dans des quartiers urbains difficiles ou sur des territoires ruraux posant des problèmes spécifiques d'isolement, de défaut de mobilité, de particularités socioculturelles. Le travail des professionnels des circonscriptions prend en compte cette nécessité de rompre l'isolement, allant jusqu'à favoriser la mobilité de certaines familles par l'utilisation de leurs véhicules personnels.

A partir d'initiatives lancées localement, dont la première a été initiée à Isigny en 1989, le département finance des actions collectives à condition qu'il s'agisse de projets partenariaux (communes, CAF, association des familles rurales...) et qu'elles soient mises en cohérence entre les circonscriptions. Le « classeur de mutualisation »,¹⁷ qui circule entre les partenaires, permet à chacun d'être informé des actions menées par les autres.

Cette soixantaine d'actions, émanant d'une demande locale sont interinstitutionnelles, co-financées et évaluées, et seules six à sept actions sont financées et suivies par le seul département.

Les exemples d'actions présentées ci-dessous montrent l'investissement des professionnels à des projets qui émanent d'une demande des familles et correspondent à de véritables initiatives locales, sollicitant la participation et la mobilisation des usagers.

Des actions qui concernent les familles et les enfants avant l'entrée à l'école

- **Les massages traditionnels de bébés selon un protocole acquis après une formation spécifique : une action qui** a pour objet, sur le territoire d'Hérouville, d'impliquer dans les actions collectives les mères, en particuliers celles issues de l'immigration.
- **L'accueil en crèche** dans la circonscription de Caen Sud s'adresse aux parents d'enfants détectés pour leur faible stimulation. Ce projet expérimental, pour deux à six enfants maximum repose sur un contrat passé entre la PMI, la crèche et les parents qui peuvent ainsi participer aux activités de la crèche, avec leurs enfants six jours par semaine, au prix de 30 à 40 € par mois [avec une participation de la Ville de Caen et une participation des familles limitée à 20% du coût].

¹⁷ Déjà mentionné dans la troisième partie.

- L'action **La Passerelle** s'adresse à des enfants qui n'ont jamais fréquenté les structures de la petite enfance et tente de développer les capacités d'autonomie entre la maison et l'école, sans relever ni de la PMI ni de l'éducation nationale, avec un financement de la ville de Caen et de la CAF.

Valoriser les parents : Ecole des parents et département du Calvados

- Deux puéricultrices de la PMI et une psychologue de l'Ecole des Parents animent, à Hérouville Saint Clair et Falaise des échanges entre parents dans le cadre d'un petit groupe (sept à huit personnes), sur des thématiques qui valorisent les compétences des parents : le rôle et la place du père, le sevrage, la mise à distance de l'enfant vers six mois .

Développer les relations précoces parents enfants : soutien à la parentalité

- Ce réseau a créé, dans le cadre d'un réseau d'écoute et d'aide à la parentalité (REAAP), une action complémentaire « **L'île aux parents** » financée par le département, la DDASS, la CAF, la ville de Bayeux et l'URCAM. Elle est destinée à offrir aux parents d'enfants jusqu'à un an, ou futurs parents, un lieu d'écoute et d'accompagnement, une demi-journée par semaine, avec un accueil gratuit, sans rendez-vous et anonyme, avec trois professionnels issus de la maternité de Bayeux , un du service de pédiatrie ou un de la PMI (le plus souvent une puéricultrice, et très ponctuellement un médecin ou une sage-femme) et un de pédopsychiatrie ou de psychiatrie (infirmier, psychologue ou psychomotricien). Cette action collective est destinée et s'adresse réellement aux parents de tous les milieux sociaux. Une supervision et une évaluation mensuelle accompagnent cette activité.

Si ces actions permettent de valoriser la fonction parentale en s'appuyant sur leurs potentialités, elles ne peuvent réussir pleinement que si elles s'inscrivent dans le moyen terme..

4.3.5. Les enfants handicapés

Un travail intensif de partenariat est mené par la PMI avec les différents centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP).¹⁸

A Caen, le CAMSP géré jusqu'en 2004 par le département et rattaché au service de PMI a été repris par une association, il est dirigé par un pédopsychiatre. En 2005, 274 enfants ont été vus au moins une fois dans l'année, soit en bilan soit en suivi régulier. En bilan, 31 nouveaux enfants ont été reçus, dont 88 enfants de moins de 3 ans En 2005, 34 enfants (soit 26% des enfants vus pour la première fois) ont été adressés par les professionnels de la PMI. La prise en charge a concerné 178 enfants¹⁹. Ce centre suit une moyenne de 120 enfants par trimestre. En 2005, La CAMSP a assuré la prise en charge de 12 enfants confiés à l'ASE.

¹⁸ Le conseil Général finance à hauteur de 20% les 4 CAMPS du département, dont un spécialisé pour le dépistage et le suivi des enfants malentendants.

¹⁹ Parmi ces 178 enfants, 48 sont pris en charge pour troubles psychiques dysharmoniques ou névrotiques, 16 pour autisme ou psychose, 23 pour troubles du lien mère enfant avec composante organique et 42 pour troubles spécifiques de l'enfance et/ou difficultés de la relation mère –enfant.

A Lisieux, le directeur du CAMSP est un pédiatre et les actions de repérage menées avec la PMI permettent de dépister très précocement les handicaps psychologiques. Ce travail de partenariat se poursuit lorsque les familles, après le diagnostic, doivent être soutenues psychologiquement dans l'attente d'une place pour leurs enfants, grâce notamment à une prise en charge par une psychologue de la PMI pour les prises en charge plus légères. En 2005, 30 enfants ont été adressés par la PMI et/ou le service social du Conseil Général (soit 20% des 148 suivis). Une prise en charge conjointe CAMSP-PMI des femmes enceintes à fragilité psychologique vient de démarrer.

Le CAMSP « La Pomme bleue » de Bretteville sur Odon est spécialisé pour les jeunes déficients auditifs, il reçoit des enfants du Calvados et de l'Orne, mais un tiers de l'effectif provient de la Manche, qui dispose de deux antennes à Cherbourg et Saint Lô. Sur les 32 enfants pris en charge en 2005, 22 avaient été adressés par le service d'ORL du CHU de Caen. En 2005, l'âge moyen des enfants à l'admission au centre était de 20 mois (37 mois en 2002) d'où une évolution vers un dépistage et une orientation plus précoce ; le délai entre le dépistage au CHU et la prise en charge au CAMSP étant au maximum d'un mois.

Les enfants handicapés viennent en consultation de PMI et coexistent dans les salles d'attente avec les autres enfants, cette mixité permettant de contribuer à leur non-stigmatisation et permet d'apprendre précocement la tolérance à la différence.

4.3.6. Le suivi sanitaire des enfants de l'ASE

Tous les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE) bénéficient d'une visite médicale par le médecin de circonscription au moment du placement (ou dans les 3 mois suivant l'arrivée de l'enfant en famille d'accueil) et au moins une fois par an. En 2004, 959 enfants ont été examinés dans ce cadre.

Seul le placement familial de Caen et de l'agglomération caennaise dispose d'un médecin à mi-temps spécifique pour le suivi sanitaire des enfants.

Mais il n'existe pas de médecin de PMI dont l'activité est spécifiquement dédiée au suivi sanitaire des enfants de l'ASE, et certains médecins des circonscriptions assurent ainsi la continuité du suivi. Ils participent aux réunions de synthèse concernant ces enfants.

La participation totale des médecins du service de PMI au pôle « placement familial » représente l'équivalent de 3,8 médecins sur la base d'un forfait de 6 h 30 par enfant et par an.

En 2004, sur les 224 enfants âgés de 0 à 6 ans confié à l'ASE et présents dans le département, 189 étaient suivis par la PMI, les autres vivaient à la pouponnière.

Hormis l'étude épidémiologique réalisée par le médecin de circonscription de Lisieux, qui semble restée inexploitée, *les données relatives à l'état de santé des enfants qui relèvent de la responsabilité de l'ASE sont quasi-inexistantes.*

Cinquième partie : Bilans de santé en école maternelle

5.1 Leur place dans la stratégie du département est prioritaire mais les objectifs sont plus difficiles à atteindre depuis 2004

Le schéma départemental de PMI a donné une orientation généraliste aux bilans de santé en école maternelle, avec un objectif de couverture à 100%. La mission PMI organise un bilan de santé pour tous les enfants de 3 ans et demi à 4 ans et demi, dans les écoles publiques et privées sous contrat.

Les objectifs de ce qui est toujours un axe fort du département (le conseil général s'était engagé en faveur d'une expérimentation pour le transfert de la santé scolaire) sont actuellement devenus plus complexes à réaliser, du fait des difficultés de recrutement de médecins.

Le schéma départemental de PMI insiste sur la cohérence avec les consultations pour jeunes enfants dans les modalités d'organisation de ces bilans, dans la mesure où ils reposent sur le binôme médecin/puéricultrice ou auxiliaire de puéricultrice.

5.2 Les modalités d'organisation des bilans sont classiques

Comme dans tous les départements visités par la mission, les bilans se déroulent en plusieurs parties :

- les modalités générales prévoient que le dépistage se fait en présence des parents, pour un examen clinique complet, un dépistage des troubles visuels, auditifs, psychomoteurs, du langage, un examen de la dentition ;
- une mise à jour des vaccinations (0,8% des enfants ne sont pas à jour de leurs vaccinations) ;
- en l'absence des parents, seuls les dépistages sensoriels et de langage sont pratiqués.

Le service de PMI vérifie que la fiche médicale de liaison entre le service de PMI et le service de promotion de la santé en faveur des élèves circule pour assurer la transmission des données de santé et l'initiation d'une procédure de suivi de l'état sanitaire des enfants scolarisés.

5.3 Le taux moyen de couverture des bilans est voisin de 68%

Le taux de couverture global souhaité n'est pas atteint, notamment, selon le département, en raison des postes de médecins vacants ; ce qui n'a permis qu'un taux de couverture de 60% en 2004 et de 68% en 2005.

Concernant le recrutement des médecins de PMI, un palliatif important a été trouvé pour tenter résoudre cette difficulté liée à la pénurie, puisque le département a entrepris de recruter les médecins directement au 3^{ème} échelon, avec passages rapides aux échelons supérieurs (5^{ème} échelon dès la titularisation) ce qui a permis d'affecter trois jeunes médecins

sur les derniers postes vacants du service. Cependant, la difficulté de recrutement persiste pour les vacataires malgré la revalorisation de la vacation (30 € brut de l'heure).

Un nouveau passage est prévu dans les écoles l'année suivante en prévoyant de revoir certains enfants pour s'assurer de la réalité du suivi médical : « ces enfants revus » représentent 7 à 10 %.

Tableau 12 - Bilans de santé en école maternelle

	1990	2002	2003	2004
Nombre de centres de PMI effectuant des consultations infantiles	63	55	52	50
Nombre d'enfants vus en bilans par rapport à la classe d'âge	7378	4524	4660	4711
% d'enfants vus en bilans par rapport à la classe d'âge	89%	63%	71%	54%, 68% en 2005
% d'enfants dépistés pour une déficience :				
- visuelle	-	-	-	2%
- auditive	6%	9%	-	6, 8%
- liée à des troubles du langage ²⁰	4%	6,5%	-	-
- autres	-	-	-	-

Source : service de PMI du département du Calvados

Aucune donnée n'a pu être transmise à la mission concernant le suivi suite à ces dépistages.

²⁰ Le Calvados utilise l'outil ERTL (version 6) mis en place par le service de PMI de Meurthe et Moselle.

Sixième partie : Contribution du service de PMI à la gestion des modes de garde individuels

La législation prévoit une intervention de la collectivité départementale (service de PMI) en ce qui concerne les autorisations relatives aux modes de garde des enfants de moins de 6 ans, notamment pour l'agrément des assistantes maternelles (ASSMAT) et les avis et autorisations des établissements d'accueil d'enfants de moins de 6 ans durant la journée sans hébergement.

La contribution du service de PMI à la gestion des modes de garde collectifs relève essentiellement des médecins de PMI par délégation du médecin départemental et est relativement limitée en temps.

Par contre, le médecin départemental de PMI et la conseillère technique des puéricultrices ont évalué pour l'ensemble du département les missions relatives aux modes de garde individuels à 25% du temps global de travail des puéricultrices. Cette activité peut aller jusqu'à représenter dans certaines zones près de 50% du temps des puéricultrices du pôle accueil. Pour ce qui concerne les médecins sur la base d'un forfait d'intervention, cela correspondait en 2003 à environ 4,8% de leur temps de travail.

6.1 Les établissements d'accueil d'enfant de moins de 6 ans durant la journée sans hébergement.

Toute création d'un établissement d'accueil d'enfants de moins de 6 ans durant la journée sans hébergement nécessite, pour pouvoir fonctionner, l'obtention soit une autorisation soit un avis (selon les catégories de gestionnaires) du président du conseil général. C'est le cas également lorsqu'il s'agit d'une extension ou d'une transformation d'établissement. (décret n°2000-762 du 1^{er} août 2000 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans)²¹.

Tableau 12. Agréments et contrôles des structures collectives de la petite enfance

	1990	2002	2003	2004	2005
Nombre de structures collectives relevant de la compétence de la collectivité départementale	ND	175 (donc non compris CLSH)	184 (id)	201	208
Nombre de contrôles de structures collectives (crèches...) dans l'année	ND	80	71	81	130

Source : service de PMI du Calvados

ND : données non disponibles

Un guide technique a été élaboré ; il s'agit d'un outil d'information qui présente le dossier administratif et technique ainsi que les conditions à remplir pour créer et ouvrir de tels établissement. Il présente également la politique du Conseil Général en matière d'aides au financement (subventions de démarrage pour la création et l'extension de telles structures).

Pour l'instruction de ces dossiers, le médecin départemental de PMI ou par délégation un médecin de PMI est sollicité ; il a un rôle de conseil et de soutien et une mission de contrôle pour assurer que les conditions sont définies pour garantir le bien-être, la sécurité

²¹ Cette réglementation ne s'applique ni aux garderies périscolaires ni aux centres de loisirs sans hébergement.

physique et affective des enfants accueillis. Cette activité représente un pourcentage très limité (quelques %) de l'activité des médecins de PMI.

Le médecin départemental de PMI rencontré par la mission estime que, si le projet pédagogique et la qualification des personnels sont bien du ressort d'un médecin de PMI, le respect des consignes de sécurité pourrait être assuré par d'autres professionnels.

6.2 L'agrément des assistantes maternelles

Il s'agit d'une activité encadrée par des textes contraignants qui fixent des délais d'instruction courts (3 mois pour un agrément) et de plus en plus exigeants à la fois sur la procédure agrément, mais également sur la formation des assistantes maternelles.²²

Cette activité inscrite dans le schéma de PMI (2002-2007) en forte d'extension sur le département du Calvados fait l'objet d'une déconcentration vers les circonscriptions depuis 2000.

6.2.1. L'activité d'agrément est en forte croissance

Ces demandes d'agrément ont été multipliées par 5,5 en 15 ans (en 1989 : environ 1000 demandes, en 1992 plus de 2000 dossiers à instruire et situations à suivre, pour l'année 2001, 4992 ASSMAT étaient agréées et en 2005, le nombre s'élève à 5502).

D'après les puéricultrices rencontrées par la mission, les conseillers de l'ANPE orientent beaucoup de jeunes femmes en recherche d'emploi vers cette activité, qui ne nécessite pas de formation préalable, sans systématiquement évaluer leur degré de motivation. Certaines de ces professionnelles estiment qu'il est dommage que la loi ne fasse pas obligation de disposer d'un niveau minimal de CAP « petite enfance » pour être agréée comme assistante maternelle, les 60 heures de formation étant considérées selon elles comme insuffisantes.

La gestion de la formation est complexe du fait du turn-over important de cette profession ; l'obtention de l'agrément n'implique pas obligatoirement l'exercice de la profession et si l'intéressé trouve un autre travail, elle n'achève pas nécessairement la formation initiée. Ainsi en 2002, sur les 4992 assistantes maternelles agréées, 887 n'avaient pas achevé complètement leur formation (près de 18%).

Du fait de la disponibilité limitée des professionnels de la petite enfance, seuls l'ouverture et le bilan des sessions de formation des ASSMAT sont réalisés par la responsable de circonscription ou une puéricultrice, le conseil général a en effet fait le choix de déléguer la formation à un organisme prestataire.

²² Article L. 2111-1, 2111-2 du code de la santé publique, loi n° 2005-706 du 27 juin 2005 concernant l'agrément des assistantes maternelles et assistants familiaux et la formation des assistantes maternelles; convention collective nationale de travail des assistantes maternelles du particulier employeur applicable au 1^{er} janvier 2005 et décret n° 2006-464 du 20 avril 2006 relatif à la formation des assistants maternels.

Tableau 13. Agréments et contrôles des assistantes maternelles

	1990	2002	2003	2004	2005
Nombre d'assistantes maternelles agréées dans l'année	482	543	693	492	648
Nombre de visites d'agrément d'assistantes maternelles dans l'année	Il y a en général deux visites à domicile pour les premiers agréments.				
Nombre de visites de suivi d'assistantes maternelles effectuées dans l'année	940 (1993)	Le suivi annuel prévu par la réglementation n'est pas systématiquement effectué.			
Nombre de retraits d'agrément d'assistantes maternelles dans l'année	ND	14	20	15	62
Nombre de séances de formation d'assistantes maternelles mises en places dans l'année					
Nombre d'assistantes maternelles formées dans l'année	15 (avant 1992)	ND	328	387	637

Source : service de PMI du Calvados

ND : données non disponibles

6.2.2. La déconcentration des agréments s'est accompagnée de l'élaboration d'outils méthodologiques

Depuis juin 2000, l'unité « assistantes maternelles » a été rattachée à la mission PMI. Progressivement avec la réorganisation des circonscriptions en pôles, les procédures ont été déconcentrées en ce qui concerne les agréments, les extensions et les dérogations. Le siège assure une fonction de recours en gérant les dossiers litigieux, les suspensions, les retraits et les non-renouvellements. C'est le siège qui présente ces dossiers en commission d'agrément ou en commission paritaire départementale.

Une réunion d'information est organisée au sein des circonscriptions pour accueillir les candidates potentielles et leur expliquer les missions et les contraintes de la profession, ainsi que les modalités et la procédure d'agrément. Puis l'examen des dossiers de candidatures est réalisé par les puéricultrices qui se déplacent au minimum deux fois au domicile des intéressées.

Entre la visite sur place, la rédaction du rapport et la présence en commission, le travail d'instruction d'une demande d'agrément est estimé à environ 5 heures de travail pour une puéricultrice.

Suite à une demande des professionnels de terrain, lors de cette déconcentration, la conseillère technique des puéricultrices et le médecin départemental de PMI ont piloté un groupe de travail qui a permis d'élaborer des outils communs et ainsi d'harmoniser les pratiques. Un guide technique élaboré en 2002 contient en particulier les éléments juridiques ainsi que les dossiers-type pour les premières demande, les renouvellements et les modifications de capacité. Une grille pour aider les puéricultrices à évaluer les capacités éducatives des candidates est proposé. La remise à jour de ce guide est prévue du fait de la parution de nouveaux textes. La conseillère référente reste disponible pour aider les professionnels [discussion et soutien lors de problèmes particuliers sur un agrément].

6.2.3. Le suivi annuel est insuffisamment assuré faute d'effectifs suffisants

Cet agrément est donné pour une durée de 5 ans, mais la réglementation prévoit un suivi annuel par une visite à domicile. *Le conseil général considère qu'il ne lui est pas possible au vu de ses effectifs et du nombre d'agrément délivrés d'assurer cette visite annuelle sur place (en 2005, 5502 assistantes maternelles avaient un agrément).* De ce fait, leur disponibilité auprès des assistantes maternelles et des parents demandeurs d'information ou de conseil est limitée.

Seuls une plainte des parents ou un signalement de difficulté par les professionnels conduit à une visite surprise d'évaluation et de contrôle, qui sera alors éventuellement susceptible de conduire à un retrait d'agrément.

6.2.4. Des solutions partielles existent pour soutenir les assistantes maternelles et aider les parents

Les professionnels de la petite enfance considèrent que cette mission est de leur ressort ; les puéricultrices estiment qu'elles disposent de la compétence nécessaire. Cependant, il s'agit d'une activité mangeuse de temps et qui *devient la variable d'ajustement puisque l'activité de consultations, les visites à domicile des puéricultrices, les bilans d'école maternelle et les agréments des assistantes maternelles sont toujours considérés comme plus prioritaires que le suivi systématique des assistantes maternelles agréées.*

*La mise en place d'une secrétaire référent administratif pour les parents et les assistantes maternelles, en lien avec les puéricultrices et permettant de conseiller ceux-ci, sur un plan purement administratif, est en cours d'expérimentation. Ce travail est estimé à une journée et demi par semaine pour un suivi de 450 assistantes maternelles.

*Le Conseil Général a décidé d'octroyer une subvention forfaitaire annuelle pour un relais d'assistantes maternelles (RAM) d'au moins 100 ASSMAT (avec participation financière au prorata des inscriptions). Les RAM, dont la création relève de la CAF et qui ne sont pas soumis à agrément, n'ont pas pour vocation à suppléer au contrôle et au suivi des agréments, même si ces structures peuvent être à l'écoute des questionnements sur les besoins éducatifs. Il ne s'agit pas d'un lieu d'accueil d'enfants, mais d'un lieu de rencontres, d'informations et d'échanges pour les assistantes maternelles, les enfants et les parents²³.

Leurs implantations sont encore disjointes. Le maillage du département est en développement (26 RAM avec 46 lieux d'accueil), mais sur la circonscription du Bessin, qui regroupe 6 cantons le RAM est à Bayeux alors que les familles sont peu mobiles et souvent dépourvues de moyens de transport personnels. Honfleur et Vire disposent également d'un RAM. Pour l'agglomération caennaise, il n'existe pas de RAM sur Caen Sud, alors que les besoins existent.

*Pour aider les parents dans leur recherche de place d'accueil chez les assistantes maternelles, **certains** circonscriptions expérimentent un système informatique permettant d'actualiser la liste des places et de connaître le nombre de places disponibles à tout moment.

²³ Ces relais sont gérés par une commune ou une communauté de communes qui rémunère une personne qualifiée pour animer ce lieu de rencontres et d'échanges.

Septième partie : Appréciation générale de la mission

7.1 Une stratégie et des moyens humains et financiers à la hauteur des enjeux de la protection maternelle et infantile

Le Conseil Général du Calvados a mis en place un dispositif de prévention de la mère et de l'enfant de qualité qui s'appuie sur une offre ouverte à tous et une réponse de proximité tout en développant la polyvalence des réseaux de professionnels.

L'élaboration dans le Calvados d'un schéma départemental de la protection maternelle et infantile est une initiative intéressante qui affiche les priorités du service avec une validation politique des élus. Ce document est également un fil directeur pour l'ensemble des professionnels de la petite enfance. L'existence d'objectifs à atteindre et la réalisation de bilans réguliers à travers les rapports d'activité constituent une démarche de santé publique et de bonne administration, qui relève de l'exception dans les départements visités par la mission.

La mission suggère que, pour toutes les catégories de professionnels puissent y être réalisée une étude de charge de travail, qui permettrait d'avoir une vision plus précise des effectifs affectés à chacune des missions²⁴.

Le schéma départemental a également consisté à travailler sur l'image de la PMI, et à valoriser l'existence des missions de protection maternelle et infantiles, indépendamment de celles effectuées dans le cadre de la protection de l'enfance.

L'organisation en pôles, qui a pour initiative une réflexion des professionnels suite à l'analyse de leurs pratiques, est une méthode pragmatique et opérationnelle pour, d'une part décloisonner les activités de chacun, mais aussi et surtout d'autre part, appréhender les besoins des usagers dans leur globalité et permettre ainsi une meilleure utilisation des ressources autour des familles et une réponse plus adaptée et plus cohérente à leurs difficultés.

Le travail initié autour des potentialités des mères et des familles va dans le bon sens pour redonner dignité et estime de soi aux populations vulnérables que la société actuelle et le contexte socio-économique difficile malmènent. Il permet aussi de rompre avec une démarche d'assistantat que les aides sociales octroyées sans réflexion globale risquent d'auto-entretenir.

Les moyens affectés aux missions de PMI sont globalement conformes aux normes réglementaires. Mais le travail précoce à effectuer en direction des enfants et des mères justifie que cet investissement soit maintenu ; il est en effet majeur pour donner aux parents les clefs de la prévention sanitaire précoce, mais aussi les potentialités éducatives nécessaires pour les aider le plus tôt possible à fixer des limites à leurs enfants, futurs citoyens de demain.

²⁴ C'est actuellement réalisé pour les médecins, en cours pour les puéricultrices. Il serait utile de l'initier pour les sages-femmes et les assistantes sociales.

7.2 Les activités de planification et d'éducation familiale

Les activités d'éducation et de planification familiale ont fait l'objet d'une attention particulière dans le schéma de PMI. Elles sont d'autant mieux suivies que le maillage du territoire devient plus important, à condition que les amplitudes d'ouverture s'adaptent régulièrement pour répondre au mieux à la demande d'information et de consultation.

Les relations de partenariat avec les hôpitaux, les réseaux et les partenaires associatifs sont bonnes. Contrairement au suivi médical des femmes enceintes, la question de la concurrence avec le secteur libéral ne semble pas se poser pour ces activités.

Le médecin départemental de PMI et les médecins directeurs de deux CPEF vont rencontrer l'Ordre départemental des pharmaciens pour évoquer certaines difficultés à la distribution de la contraception d'urgence par les officines.

La mission considère que l'axe stratégique consistant à privilégier l'activité de planification familiale en direction des mineures est justifié. La situation de certaines familles, dans des territoires bien déterminés, avec un nombre important d'enfants et un nombre tout aussi important de placements familiaux mériterait que des actions, sans doute collectives, soient mieux ciblées. Ces femmes avec la prise en compte de leur désir d'enfant pourraient être destinataires d'un accompagnement plus spécifique permettant, si possible, d'adapter ce désir d'enfant aux potentialités éducatives parentales.

7.3 Le suivi des femmes enceintes

L'activité prénatale du service de PMI en 2005 pour l'ensemble du département correspond à :

- 7691 mises à disposition systématiques proposées aux femmes enceintes par la PMI ;
- une réponse a été apportée par une sage-femme de PMI à 26,63% des femmes enceintes (entretiens téléphoniques, consultations dans un centre médico-social ou visites à domicile) ;
- environ 731 femmes (soit 10% des femmes enceintes du Calvados) suivies en visites à domicile par une sage-femme dans un contexte de risque médical et/ou psychosocial.

Ces chiffres sont relativement faibles. Mais il apparaît que le service de PMI dans ce domaine du suivi de grossesse est tiraillé entre un secteur libéral qui ne souhaite pas que la PMI devienne concurrentielle et un secteur hospitalier qui, au contraire, demande aux sages-femmes et surtout aux puéricultrices de PMI de les aider à organiser des sorties plus précoces compte tenu de la pression interne liée aux activités hospitalières et à leurs impacts économiques.

La mise en œuvre du nouveau schéma régional d'organisation sanitaire, l'évolution du contexte de la démographie médicale, la montée en charge potentielle du secteur libéral dans le cadre de la future consultation de prévention et les premiers résultats des entretiens du 4^{ème} mois devraient nécessairement inciter les professionnels de la naissance du Calvados, comme des autres départements, à redéfinir leurs modalités d'intervention et de suivi pour plus de coordination et de complémentarité.

7.4 Le suivi des enfants et des familles

Les messages et actions de communication ont pour objectif de faire savoir que les consultations de PMI sont ouvertes à toutes les familles et sont aussi un lieu de mixité sociale. Néanmoins, le maillage de proximité et l'intensité des actions collectives en lien avec les partenariats locaux des différents territoires complètent les actions de suivi individuel et sont davantage orientées vers les familles vulnérables.

L'insertion de la PMI dans un réel partenariat, ses bonnes relations avec les maternités et le CHU contribuent à son efficacité.

7.4.1. Les consultations infantiles et le suivi à domicile

Les consultations médicales en centre sont essentiellement orientées sur le suivi des nouveau-né et des nourrissons, ainsi que des enfants pendant leur première année de vie. Ces consultations sont fortement liées au calendrier des visites obligatoires et suivent le rythme des certificats de santé. L'activité médicale quantitative est en baisse :

- Alors qu'en 1990, près de 16,5% de la classe d'âge des enfants de 0-6 ans étaient suivis en consultation de PMI (7394 enfants), le taux actuel est voisin de 11%.
- Les chiffres relatifs au nombre d'enfants vus en visite à domicile sont passés entre 1990 et 2002 de 5526 à 1722 enfants.
- Les consultations infantiles occupent près de 22,5% du temps des médecins.

7.4.2. Le suivi sanitaire des enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance

Si les enfants relevant de l'aSE bénéficient bien d'un examen médical initial et d'un suivi régulier, il n'existe cependant aucune donnée statistique départementale quant à l'état de santé de ces enfants et au suivi mis en place en fonction des pathologies existantes.

Néanmoins, les travaux réalisés dans d'autres départements montrent qu'un nombre important de ces enfants souffre de troubles psychiques et nécessitent un suivi psychologique ou psychiatrique régulier.

La mission suggère que de façon concertée avec le service en charge des enfants placés, la PMI mette en place un recueil épidémiologique permettant d'avoir un suivi départemental de l'état de santé de ces enfants et puisse ainsi s'assurer que chacun d'entre eux bénéficie de la prise en charge que son état nécessite.

7.4.3. Les bilans de santé en école maternelle

La mission constate que la collectivité qui s'était fortement investie jusqu'en 2004 sur cette priorité, à faute d'effectifs médicaux actuellement un taux de couverture annuelle plutôt faible (68% en 2005) et remarque qu'aucune information n'est disponible sur les mesures prises concernant ces enfants suite aux dépistages réalisés (notamment visuel, auditif et en lien avec d'éventuels troubles du langage).

7.5 La gestion des assistantes maternelles

L'activité du service de PMI en lien, avec la gestion et le suivi des modes de garde individuels est en croissance permanente. Cette augmentation d'activité relative aux procédures de délivrance, de suivi et de contrôle de l'agrément des assistantes maternelles non corrélée à une augmentation des effectifs des personnels de la petite enfance a conduit le Conseil Général à faire le choix de la déconcentration des agréments associé à l'élaboration d'outils méthodologiques (guides techniques et fiches de procédures).

Ce choix est lourd pour les puéricultrices de terrain et il se fait en privilégiant la gestion des premiers agréments (pour éviter les agréments tacites) au détriment du suivi individuel annuel des assistantes maternelles (pourtant prévu par les textes), qui est réalisé ponctuellement et souvent suite à des plaintes des parents.

Une meilleure coordination avec la CAF, si elle peut soutenir les assistantes maternelles par la création de RAM, ne peut suppléer à leur encadrement par un suivi régulier.

En l'état actuel de la législation, une estimation nationale de la charge de travail supplémentaire et une étude quant au profil des professionnels qui pourrait l'assurer (secrétaires, assistantes sociales, psychologues ou puéricultrices) mériteraient d'être menées pour permettre un ajustement des effectifs aux missions prévues par la loi.

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

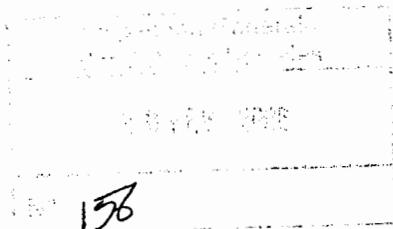
1. Lettre de mission du 20 février 2006
2. Planning de travail de la mission et liste des personnes rencontrées
3. Organigramme de la direction des services sociaux
4. Organigramme de la protection maternelle et infantile
5. Compte administratif de la PMI
6. Liste des centres de planification familiale
7. Protocole relatif à la distribution de la contraception d'urgence dans les centres de planification et d'éducation familiale
8. Courrier de mise à disposition systématique adressée aux femmes enceintes par les sages femmes de la PMI du Calvados
9. Sigles et abréviations

Annexe 1 - Lettre de mission du 20 février 2006

FXR/MGD/D.1648

Paris, le

20 FEV. 2006



TAMM
2006

20-2

Le Ministre de la Santé et des Solidarités

Le ministre délégué à la Sécurité Sociale,
aux Personnes âgées, aux Personnes
handicapées et à la Famille

à

Madame la Chef du Service de
l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Objet : mission d'étude sur la Protection maternelle et infantile (PMI)

Le rôle essentiel de la PMI est reconnu depuis longtemps. Il a d'ailleurs été récemment souligné dans le plan périnatalité. La réforme de la protection de l'enfance que nous avons lancée se doit d'intégrer des préconisations opérationnelles à son égard.

L'IGAS a réalisé au cours de ces dernières années le contrôle des services de PMI de plusieurs départements. Les constats présentés dans ses rapports montrent une grande hétérogénéité dans les objectifs fixés par les départements mais aussi, dans certains cas, la difficulté à couvrir le champ des missions légales.

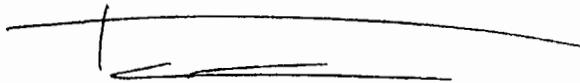
L'existence de tels écarts conduit à s'interroger sur la pertinence de la formulation des normes réglementaires et sur les moyens à mettre en œuvre pour qu'elles soient respectées. Afin d'assurer l'accessibilité à la santé la plus large possible pour les assurés sociaux ou les bénéficiaires de la CMU, il peut également être justifié de revoir la finalité et le cadre de la politique de PMI.

A partir d'une étude actualisée des conditions et des résultats de la politique de PMI dans plusieurs départements, vous proposerez les axes fondamentaux d'une politique renouvelée en terme de missions et d'obligations, ainsi que les modalités à développer pour assurer son rôle clé dans le domaine de la prévention, notamment au regard de la protection de l'enfance.

Nous souhaitons recueillir vos premières conclusions début mars et recevoir votre rapport définitif d'ici à juin 2006.



Philippe BAS



Xavier BERTRAND

Annexe 2 - Planning de travail de la mission et liste des personnes rencontrées

Conseil Général du Calvados

M. Jean -Léonce DUPONT sénateur et président de la commission d'action sociale et de santé
 M. Dominique CHRETIEN directeur des services sociaux
 M. Etienne BEHAGHEL adjoint au directeur des services sociaux
 Docteur Jacqueline PICAUD responsable de la mission protection maternelle et infantile
 Mme Claude KERFOURN conseillère technique à la mission insertion et prévention

Circonscription d'action sociale de Caen Sud

Mme Cécile BRISSET adjointe au responsable de la circonscription
 Docteur Blandine LARCHET médecin de PMI de la circonscription
 Mme Michèle DESNOS puéricultrice pôle accueil Caen
 Mme Anne LEMAZURIER puéricultrice
 Mme Nathalie GEORGES puéricultrice pôle accompagnement
 Mme Claire LOUKIA puéricultrice pôle accueil Guérinière Poincaré
 Mme Sonia TIREL auxiliaire de puériculture
 Martine RICHARD puéricultrice

Centre médico-social d'Isigny sur Mer

Mme Pascale ALMON responsable de la Circonscription d'action sociale du Bessin
 Docteur Françoise LAROZE médecin de PMI de la circonscription
 Mme Annick RENAULT puéricultrice
 Mme Marie -Madeleine COUTEAU puéricultrice
 Mme Marie-Hélène SANCHEZ sage femme
 Mme Marie Etienne JULITA puéricultrice
 Mme Annick FIVAUT puéricultrice

Centre de planification familiale de Caen

Docteur ASSELIN, médecin directeur
 Mme DAUTREY, conseillère conjugale

Centre de planification familiale de Lisieux

Docteur Annick MOUTON, médecin directeur
 Nathalie LINOT, conseillère conjugale
 Christine LEMONNIER, sage femme de PMI, Pays d'Auge nord et sud

Circonscription d'action sociale de Caen Ouest

Mme Christine RESCH-DOMENECH responsable de la circonscription
 Docteur Claudine BOUDARGHAM médecin de PMI de la circonscription
 Mme Brigitte GROSSET puéricultrice pôle accueil / pôle accompagnement
 Mme Maryse TACLET rédacteur médico-social pôle accueil Ouistreham
 Mme Laetitia THUAULT assistante sociale pôle accueil Douvres
 Mme Françoise BAYARD sage-femme Douvres -Colombelles
 Mme Françoise TUBEUF puéricultrice pôle accueil

Agence régionale d'hospitalisation de Basse Normandie

Docteur Huguette MELEDER directrice

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Basse Normandie

M. Jean-Yves ALLEE directeur

Docteur Jean Pierre DANIN médecin inspecteur régional

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales du Calvados

Docteur Françoise DUMAY médecin inspecteur de santé publique

Union régionale des caisses d'assurance maladie

M. Pascal LEMIEUX chargé de mission de Basse Normandie

Partenaires du service de PMI et membre des groupes de travail techniques (GTT) de préparation du SROS périnatalité et enfance et adolescence

Docteur LACROIX-BARBERRY pédiatre libéral coordinatrice du réseau post natal du Pays d'Auge « Naître en pays d'Auge »

Docteur Thierry SIX praticien hospitalier en maternité CHR de Caen

Mme Bernadette JANDIN sage femme cadre – maternité du CHU de Caen

Docteur VAILLANT praticien hospitalier service de néonatalogie CH de Lisieux et CAMPS de Lisieux

Docteur Véronique ONUFRYCK médecin conseiller technique du rectorat

Professeur BALEYTE chef de service de pédopsychiatrie CHR de Caen

Mme Chantal FITZENBERGER représentante des usagers au GTT périnatalité

Mme Gaëlle JAMES-SAVEC adjointe à la déléguée régionale aux droits des femmes

Conseil Général



Calvados

Caen, le 10 avril 2006

DIRECTION DES SERVICES SOCIAUX

Direction EB/CM

Tél. : 02 31 57 16 00

Fax : 02 31 57 16 94

**ACCUEIL DES INSPECTEURS GÉNÉRAUX
DES AFFAIRES SOCIALES**

**Madame Danièle JOURDAIN-MENNINGER
et Madame le Docteur Patricia VIENNE**

du 11 au 13 Avril 2006

Mardi 11 avril

- 8 h 46 :** Accueil de Madame Danièle JOURDAIN-MENNINGER à la gare de Caen par M. Etienne BEHAGHEL, Adjoint au Directeur des Services Sociaux, Mme le Dr Patricia VIENNE, domiciliée à Caen, se rend directement à la Direction des Services Sociaux.
- 9 h 00 à 10 h 45 :** Accueil par M. Dominique CHRETIEN, Directeur des Services Sociaux et Mme le Dr Jacqueline PICAUD, Responsable de la Mission Protection Maternelle et Infantile à la Direction des Services Sociaux, Mme Claude KERFOURN, Conseillère Technique à la Mission Insertion et Prévention à la Direction des Services Sociaux.
- 11 h 00 à 12 h 30 :** Poursuite de l'entretien avec Mme le Dr PICAUD et Mme Claude KERFOURN.
- 14 h 00 :** Rencontre avec l'équipe de la Circonscription d'Action Sociale de CAEN-SUD. Accueil par Mme Cécile BRISSET, Adjointe au Responsable de la Circonscription et Mme le Dr Mme Blandine LARCHET, Médecin de P.M.I. de Circonscription. Présentation d'actions menées avec des familles nécessitant un accompagnement renforcé.

Mercredi 12 avril

- 8 h 30 :** Départ de la Direction des Services Sociaux.
- 9 h 30 :** Accueil au Centre Médico-Social d'ISIGNY-sur-MER par Mme Pascale ALMON, Responsable de la Circonscription d'Action Sociale du BESSIN et Mme le Dr Françoise LAROZE, Médecin de P.M.I. de circonscription. Présentation d'actions menées autour de l'animation des salles d'attente et du travail en partenariat dans le cadre du réseau « Soigner ensemble ».
- 13 h 30 :** Accueil par l'équipe du centre de planification de Caen.
- 16 h 30 :** Accueil par l'équipe du centre de planification de Lisieux.

Présidence du Conseil Général

5, place Félix-Eboué - Boîte Postale 519, 14035 CAEN Cedex - Tél : 02 31 57 14 14

Jeudi 13 avril

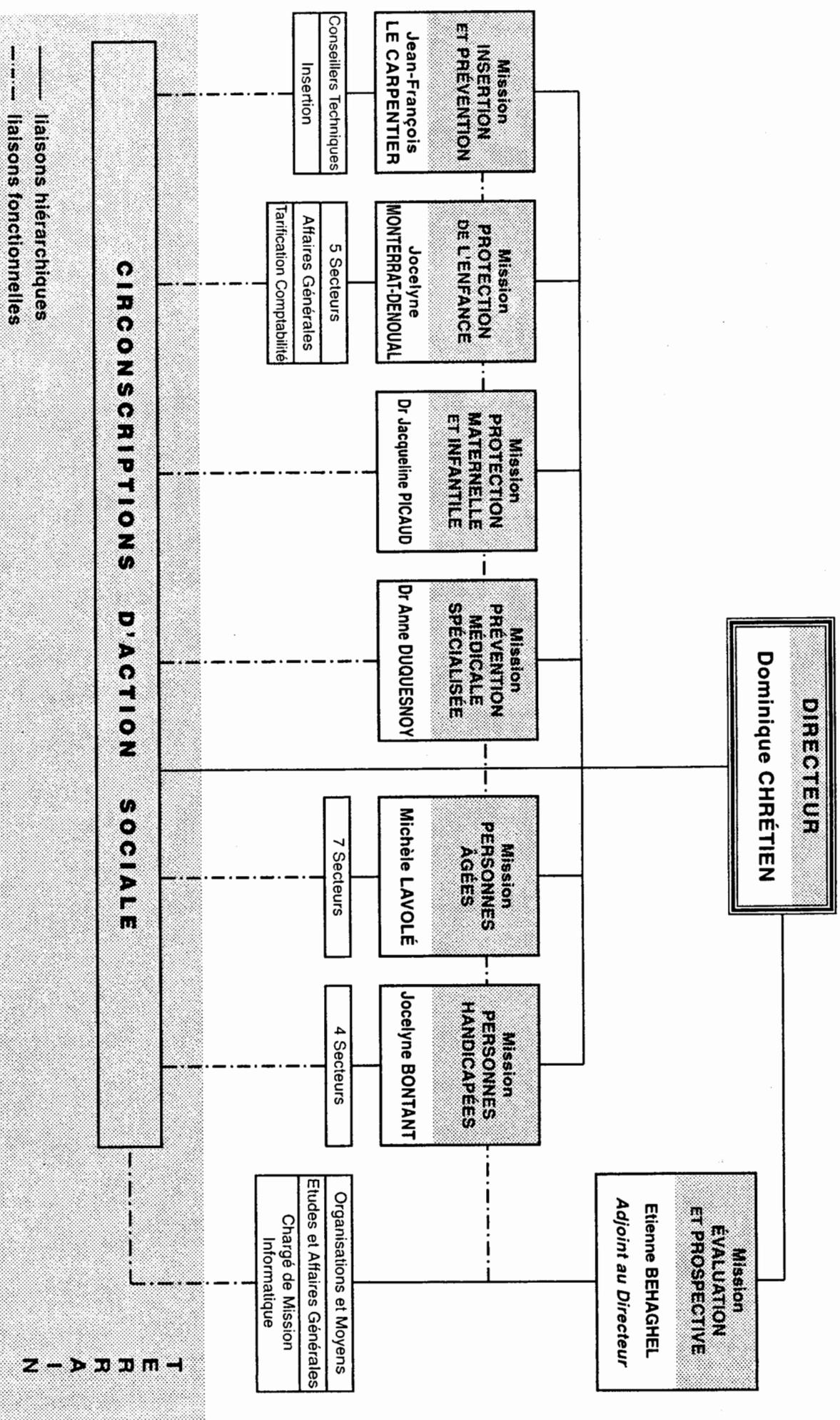
- 9 h 00 :** Rencontre rue St-Laurent à CAEN avec M. Jean-Léonce DUPONT, Sénateur et Président de la Commission de l'Action Sociale et de la Santé du Conseil Général et M. Dominique CHRETIEN, Directeur des Services Sociaux.
- 10 h 30 :** Déplacement au siège de la Circonscription d'Action Sociale de CAEN-OUEST. Accueil par Mme Christine RESCH-DOMENECH, Responsable de la Circonscription d'Action Sociale et Mme le Dr Claudine BOUDARGHAM, Médecin de P.M.I. de circonscription.
Passage par la consultation de jeunes enfants gérée par des puéricultrices.
Présentation des actions menées autour de l'allaitement avec les relais assistantes maternelles, avec des familles nécessitant une attention particulière.
- Après-Midi :** Rencontre avec les services de l'Etat.

Les Inspecteurs Généraux sont accompagnés par Mme le Dr PICAUD et Mme KERFOURN, pendant ces trois journées.

Annexe 3 - Organigramme de la direction des services sociaux

DIRECTION DES SERVICES SOCIAUX

ORGANIGRAMME GÉNÉRAL

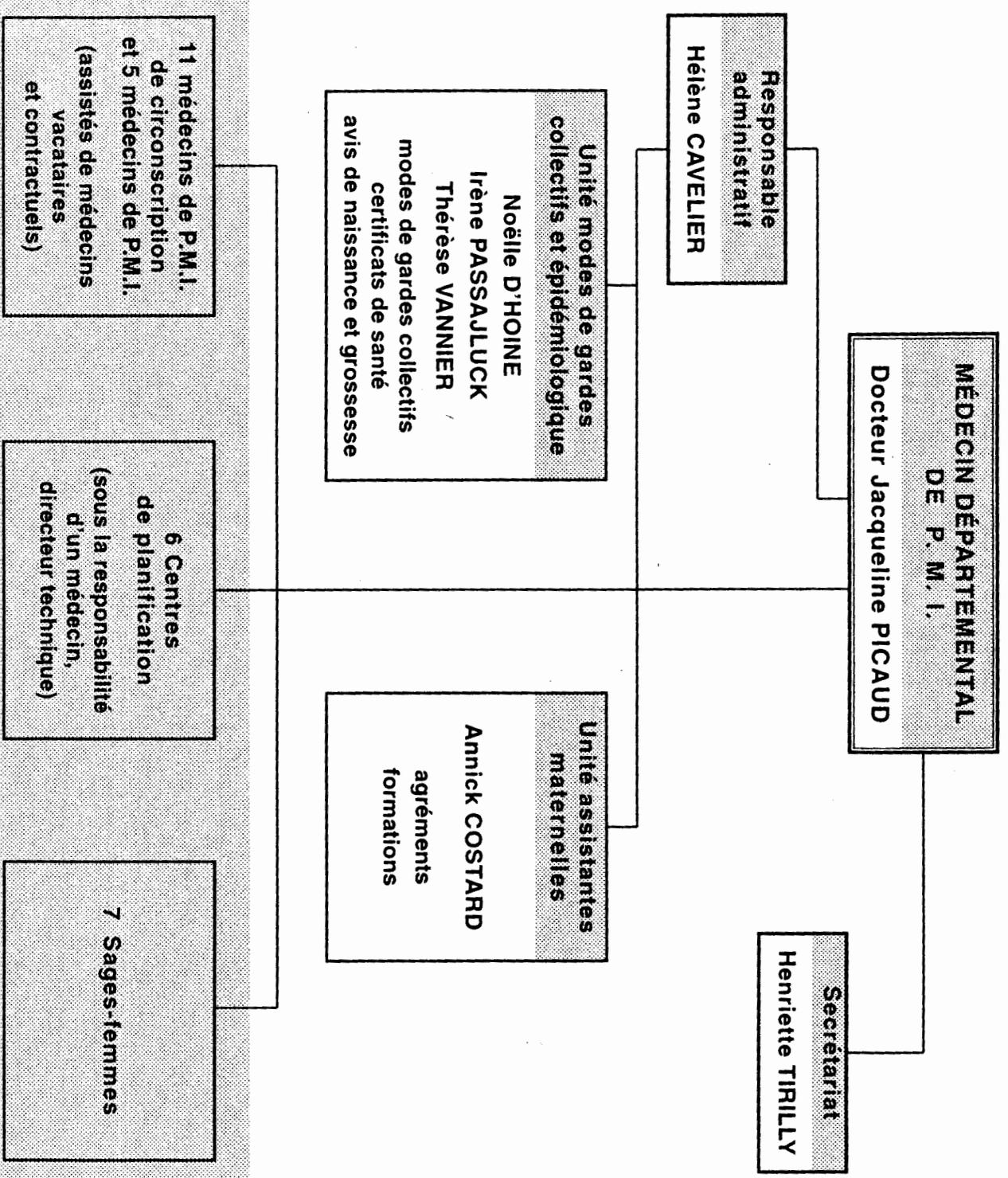


— liaisons hiérarchiques
- - - liaisons fonctionnelles

T E R R A I N

Annexe 4 - Organigramme de la protection maternelle et infantile

MISSION PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE



T
E
R
R
A
I
N

Annexe 5 - Compte administratif de la PMI du Calvados pour 2003 et 3004

n° PROG. OPE	LIBELLE	Dépenses CA 2003	Dépenses CA 2004 GA	Recettes CA 2004 GA
	8.secteur pmi plani prevention medicale	648 406	759 810	223 243
1997P099	A. Santé publique et prévention des maladies	109 904	113 535	
1997P099O001	1) fournitures de produits pharmaceutiques	37 604	40 627	
	* médicaments	154	4 229	
	. PMI			
	. planification			
	* autres produits de pharmacie	37 450	36 398	
	. PMI			
	. planification			
1997P099O002	2) laboratoires	58 483	63 823	
	* frais d'analyse de biologie médicale	58 483		
	. PMI	37 747		
	. planification	20 736		
1997P099O003	3) vaccinations	13 817	18 781	
	* sérums et vaccins obligatoires	11 015		
	. PMI			
	* sérums et vaccins facultatifs	2 802		
	. PMI			
1997P107	C. promotion de la santé de la famille et de l'enfant	538 502	645 971	2 847
1997P107O001	1) consultations santé maternelle et infantile	121 917	5 266	
	* PMI - entretien matériel, outillage et mobilier	1 279	1 397	
	* frais de déplacement	119 175		
	* médecins - acquisition de petit matériel	1 463	3 869	
	* puéricultrices - acquisition de petit matériel			
1997P107O002	2) protection de la santé maternelle et infantile à domicile	103 948	100 688	
	* frais d'intervention des travailleuses familiales			
1997P107O004	3) actions des CAMSP	128 192	279 673	
	CAMSP DE CAEN			
	participation sécurité sociale (CAEN seulement)			
	* CAMPS Pays d'Auge			
	remboursement cmpp au depart			
	* remboursement séances CAMSP CROP			
1997P107O005	4) modes d'accueil	134 623	156 955	
	* actions de formation ass.mat jour			
	frais insertion presse			
1997P107O006	5) modes d'accueil (facultatif)	45 438	103 409	
	* structures d'accueil pour jeunes enfants			
	. frais de formation			
	. subventions de fonctionnement	45 438	103 409	
	relais asma	16 438	65 409	
	subv fonctt modes de garde	29 000	38 000	
1997P107O007	6) centres de planification	4 384	210	2 847
	* entretien matériel et outillage			
	* petit matériel et outillage			
	remboursement mutuelles études analyse planification			2 847
	* centre de VIRE			
	. prestations de service			
	. Participation aux frais de fonctionnement			
1997P107O011	INVESTT ACQUISITION MATERIEL MED ET PARAMED			

1997P111	F) Recouvrement non individualisés			220 396
1997P111O001	<i>1) participation sécurité sociale (planification et consultation)</i>			220 396

1997P110	H) Opérations comptables		304	
1997P110O001	1) opérations comptables		304	
	. admission en non valeur			
	. Mandats annulés PMI			
	. titres annulés			

Annexe 6 - Liste des centres de planification familiale

CENTRES DE PLANIFICATION ET D'EDUCATION FAMILIALE

	FONCTIONNEMENT ACTUEL 20,5 demi-journées planification /sm et 6,5 demi-journées prénatal/sm	FONCTIONNEMENT PRECONISE PAR LE DECRET N° 92-785 DU 6 AOUT 1992 : 16 demi-journées/semaine planification + prénatal pour 100 000 habitants de 15 à 50 ans dont 4 au moins de prénatal
CAEN	14 demi-journées planification + prénatal dont 4 demi-journées prénatal	CAEN Couronne : 31 583 habitants de 15 à 50 ans CAEN Ville : 59 671 habitants de 15 à 50 ans
LISIEUX	4 demi-journées de planification + prénatal dont 1 demi-journée de prénatal	4 demi-journées de planification + prénatal (PAS = 25 304 habitants de 15 à 50 ans) dont 1 demi-journée de prénatal
VIRE	1 demi-journée de planification 0 demi-journée de prénatal	3 demi-journées de planification (Bocage = 18 271 habitants de 15 à 50 ans) dont 0,7 demi-journée de prénatal
BAYEUX	4 demi-journées de planification + prénatal dont 1 demi-journée de prénatal	4 demi-journées de planification + prénatal (25 164 habitants de 15 à 50 ans) dont 1 demi-journée de prénatal
DIVES SUR MER (OU CABOURG)	1 demi-journée de planification + prénatal	4 demi-journées de planification + prénatal (CAEN Est = 26 059 habitants de 15 à 50 ans) dont 1 demi-journée de prénatal
HONFLEUR	1 demi-journée de planification	4,3 demi-journées de planification + prénatal (PAN = 27 056 habitants de 15 à 50 ans) dont 1 demi-journée de prénatal
FALAISE	1 demi-journée de planification (2 prévues)	3 demi-journées de planification + prénatal (Circo de FALAISE = 18 361 habitants de 15 à 60 ans) dont 0,7 demi-journée de prénatal

**Annexe 7 - Protocole relatif à la distribution de la contraception d'urgence
dans les centres de planification et d'éducation familiale**

Suite donnée à la demande

➤ Pilule du lendemain : oui non

➤ RV en consultation médicale : oui non

➤ Test HIV prescrit : oui non

➤ Nécessité de contraception au long cours :

oui non

Si OUI, méthode choisie :

**LA PILULE
du**

LENDEMAIN

Circonstances de ce rapport à risques

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Possibilité de joindre : oui non

Si oui :

Adresse :

Tél. :

Adressée par :

Date des dernières règles :

Date et heure du rapport non protégé :

Date et heure de la délivrance du Norvelo :

➤ *Viol (voir procurer si mineur)*.....

➤ *Pas de contraception orale*.....

➤ *Rapport sans préservatif*.....

➤ *Accident de préservatif*.....

➤ *Oubli de pilule*.....

△ *Conseiller un test de grossesse dès un retard de règles de 5 jours*

CONSEIL GENERAL DU CALVADOS
Direction des Services Sociaux
CENTRE DE PLANIFICATION ET D'EDUCATION FAMILIALE

Je soussigné Docteur
 Planification et d'Education Familiale de

, médecin directeur du Centre de

autorise pour tous les CPEF la secrétaire et la conseillère conjugale, (et, de plus pour Caen l'assistante sociale, pour Lisieux l'auxiliaire de puériculture) à délivrer la pilule du lendemain (Norlevo) selon le protocole suivant :

- noter sur l'imprimé « la pilule du lendemain »: nom, prénom, date de naissance, date et heure du rapport et date des dernières règles, (*signature du médecin à prévoir*), enregistrer l'acte sur le cahier statistique, et ouvrir systématiquement un dossier, dans lequel sera inséré l'imprimé « la pilule du lendemain », dûment rempli,
- proposer un rendez-vous avec un médecin,
- remettre la brochure d'explications,
- délivrer le comprimé, accompagné d'un verre d'eau, pour prise immédiate au centre.

En ce qui concerne **les contraceptifs** une pilule peut être délivrée en dépannage au vu :

- du dossier du CPEF
- ou d'une ordonnance datant de moins d'un an

Prévoir un rendez-vous médical dès que possible

Fait à
 Le

**Procédure de délivrance et d'utilisation de la contraception d'urgence
au Centre de Planification et d'Education Familiale**

Cette procédure ne concerne que la délivrance du **NORLEVO**

1 – Toute personne travaillant au Centre de Planification

- sage femme, conseillère conjugale, secrétaire (et, de plus pour Caen assistante sociale, pour Lisieux auxiliaire de puériculture) **est autorisée à donner des informations sur ce produit voire à délivrer le NORLEVO en situation d'urgence**.

2 – Apports théoriques

a) *Qu'est-ce que la contraception d'urgence ?*

Il s'agit d'une méthode occasionnelle permettant de diminuer le risque d'une grossesse en cas de rapport sexuel non protégé.

Cette méthode agit en inhibant l'ovulation ou en empêchant l'implantation. Elle est inefficace si l'implantation a commencé.

b) *Quand utiliser une contraception d'urgence ?*

- Rapport sexuel imprévu en l'absence de contraception (y compris viol)
- Doute sur l'efficacité d'une méthode contraceptive : rupture ou oubli d'un préservatif masculin, oubli de pilule contraceptive (avec rapport dans les 3 jours précédents cet oubli...), expulsion de stérilet...

3 - Aspects pratiques

La délivrance du NORLEVO doit se faire **au décours d'un entretien** donnant lieu à un écrit sur le dossier médical s'il y en a déjà un ou à l'ouverture d'un dossier s'il n'y en a pas. Cette délivrance de pilule du lendemain doit faire l'objet d'un enregistrement spécifique (dans l'imprimé « la pilule du lendemain »), et d'un enregistrement statistique.

Cet entretien sera individualisé.

Pendant cet entretien :

- seront notés dans l'imprimé spécifique « la pilule du lendemain », la date des dernières règles, les circonstances de ce rapport à risque, la date et l'heure du rapport non protégé et, le délai de la prise du NORLEVO/rapport sexuel à risque.
- seront données des informations théoriques et pratiques sur le produit.
- sera apprécié le besoin d'une contraception au long cours (possibilité de donner un rendez-vous ultérieur avec un médecin du centre de planification pour une prescription)

- sera conseillé un test de grossesse dès un **retard de règles de 5 jours**. (le test peut être fait au centre)
- il sera également souligné que les rapports ultérieurs et ce jusqu'aux prochaines règles devront être protégés systématiquement par des préservatifs.

POSOLOGIE

Une boîte contient un comprimé à prendre au plus tard 72 heures après le rapport à risque (voire 5 jours d'après les dernières études)

Il n'y a aucune contre indication à cette contraception d'urgence.

Ceci dit, si un traitement au long cours est pris par la femme, un avis médical est souhaitable.

Il faut savoir que l'efficacité du NORLEVO est de 95 % si le NORLEVO est pris dans les 24 heures suivant le rapport à risque. Elle est de 85 % lorsque la prise est dans le délai 24 à 48 heures. Enfin, elle est de 60 % si cette prise se fait entre 48 et 72 heures.

Les règles arriveront à la date prévue dans « quasi 60 % » des cas, elles peuvent avoir de l'avance dans 15 % des cas ou avoir du retard dans 25 %.

En cas de retard de règles de plus de 5 jours, il faut faire un test de grossesse.

Si ce test s'avère positif, cet échec de contraception d'urgence sera consigné au Médecin Directeur du Centre; il sera précisé si la pilule du lendemain a été donnée au CPEF ou non. Si **NON**, noter le délai entre le rapport sexuel et la prise du NORLEVO.

CONCLUSION

C'est une méthode de rattrapage, **d'emploi occasionnel**, utilisable à n'importe quel moment du cycle.

Il ne s'agit pas d'une méthode de contraception régulière : son utilisation doit conduire à mettre en évidence le besoin d'une contraception au long cours.

Cette contraception est disponible en pharmacie, sans ordonnance, elle peut être délivrée gratuitement aux mineures (sans justificatif d'identité).

Ne pas oublier que l'emploi du NORLEVO ne dispense pas des précautions à prendre contre les MST et des mesures à suivre en cas de risque de transmission de celles-ci et en particulier du virus V.I.H. : il sera effectivement nécessaire d'évaluer le risque de transmission du V.I.H. lors de cet entretien...

Docteur
Directeur (trice) du centre,

Annexe 8 - Courrier de mise à disposition systématique adressée aux femmes enceintes par les sages femmes de la PMI du Calvados

Annexe 9 - Sigles et abréviations

ANPE : agence nationale pour l'emploi
 APA : allocation personne âgée
 API : allocation parent isolé
 ARH : agence régionale d'hospitalisation
 ASE : aide sociale à l'enfance
 ASSMAT : assistantes maternelles
 CAF : caisse d'allocations familiales
 CAMPS : centre d'action médico-sociale précoce
 CAS : circonscription d'action sociale
 CCAS : centre communal d'action sociale
 CDOSF : conseil de l'ordre des sages-femmes
 CES : certificat d'études spécialisées
 CESC : comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
 CHR : centre hospitalier régional
 CHU : centre hospitalier universitaire
 CMU : couverture maladie universelle
 CP : consultations prénatales
 CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
 CPEF : centre de planification ou d'éducation familiale
 CSP : code de la santé publique
 DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
 DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales
 DU : diplôme universitaire
 EPE : école des parents et des éducateurs
 ETP : équivalent temps plein
 IVG : interruption volontaire de grossesse
 MSA : mutualité sociale agricole
 NR : non réponse
 PF : placement familial
 PRS : programme régional de santé
 RAM : relais des assistantes maternelles
 REAAP : réseau d'écoute, d'accueil et d'aide aux parents
 RC : responsable de circonscription
 REAP : réseau
 RENOAL : réseau normand pour l'allaitement
 RMI : revenu minimum d'insertion
 SF : sage femme
 SROS : schéma régional d'organisation sanitaire
 TISF : travailleuse en intervention sociale et familiale
 URML : union régionale des médecins libéraux
 VAD : visite à domicile

Réponses du président du conseil général du Calvados

Conseil Général



Calvados

DIRECTION DES SERVICES SOCIAUX
Circonscription d'action sociale de Caen-Ouest

Douvres la Délivrande, le

Madame Françoise BAYARD
Sage-femme

A

Madame, Monsieur,

Les Caisses d'Allocations Familiales transmettent au service de PMI (Protection Maternelle et Infantile) toutes les déclarations de grossesse. Sage-femme de PMI de votre secteur, j'ai reçu la vôtre et je peux vous aider à préparer la venue de votre enfant en vous informant sur :

- le déroulement de la grossesse
- les différentes préparations à la naissance
- l'accouchement
- l'allaitement
- les conditions nécessaires pour une aide éventuelle à domicile
- le suivi post natal (contraception , consultation post natale ...)
- et tout autre sujet que vous souhaitez aborder.

Je suis à votre disposition pour une rencontre, soit à votre domicile, soit à mon bureau. Pour cela vous pouvez m'appeler au **02.31.37.66.10** et laisser vos coordonnées au secrétariat. Je vous recontacterai afin que nous prenions rendez-vous.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

P/ Madame Françoise BAYARD
Sage-femme,

PS : Le rôle du service de PMI n'est pas de remplacer votre médecin mais de travailler en liaison avec lui , si vous le souhaitez. Les visites sont gratuites.

Présidence du Conseil Général

- Pôle accueil

Tél. : 02 31 37 66 10

- Pôle placement familial

Tél. : 02 31 37 66 22

- Pôle accompagnement

Tél. : 02 31 37 66 19

- Secrétariat de circonscription

Tél. : 02 31 37 66 14

Rue de l'Eglise - B.P. 56 - 14440 DOUVRES LA DÉLIVRANDE - Fax : 02 31 37 66 15



CONSEIL GENERAL DU CALVADOS
Direction des Services Sociaux
CENTRE DE PLANIFICATION ET D'EDUCATION FAMILIALE

Je soussigné Docteur
 Planification et d'Education Familiale de

, médecin directeur du Centre de

autorise pour tous les CPEF la secrétaire et la conseillère conjugale, (et, de plus pour Caen l'assistante sociale, pour Lisieux l'auxiliaire de puériculture) à délivrer la pilule du lendemain (Norlevo) selon le protocole suivant :

- noter sur l'imprimé « la pilule du lendemain »: nom, prénom, date de naissance, date et heure du rapport et date des dernières règles (*signature du médecin à prévoir*), enregistrer l'acte sur le cahier statistique, et ouvrir systématiquement un dossier dans lequel sera inséré l'imprimé « la pilule du lendemain », dûment rempli,
- proposer un rendez-vous avec un médecin,
- remettre la brochure d'explications,
- délivrer le comprimé, accompagné d'un verre d'eau, pour prise immédiate au centre.

En ce qui concerne **les contraceptifs**, une pilule peut être délivrée en dépannage au vu :

- du dossier du CPEF
- ou d'une ordonnance datant de moins d'un an.

Prévoir un rendez-vous médical dès que possible

Fait à
 Le



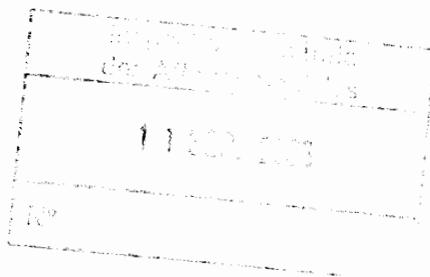
Caen le 08 SEP. 2006

DIRECTION DES SERVICES SOCIAUX

Mission protection maternelle et infantile

Tél. : 02 31 57 17 61

Fax. : 02 31 57 17 66



Madame,

Je vous prie de trouver ci-joint les modifications apportées au rapport provisoire relatif à notre service départemental de P.M.I établi par madame Danièle JOURDAIN-MENINGER et madame le docteur Patricia VIENNE, membres de l'Inspection générale des affaires sociales. Ces modifications ont été apportées, après lecture, par les différents professionnels qui ont été rencontrés lors de la mission d'étude.

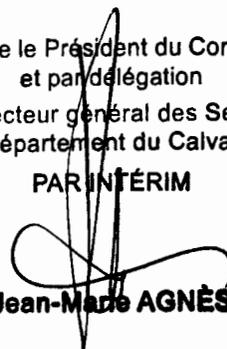
Je me permets d'insister sur un point ajouté p 22 du rapport : « Le SROS III de Basse-Normandie rappelle que la P.M.I n'a pas vocation à suivre tout enfant sortant d'un établissement de santé »... nous devons hélas très souvent rappeler à nos partenaires hospitaliers que la P.M.I n'intervient qu'avec l'accord des familles et n'est pas un service de suite de l'hôpital.

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Pour Madame le Président du Conseil Général
et par délégation

Le Directeur général des Services
du département du Calvados

PAR INTÉRIM


Jean-Marie AGNÈS

Madame Marie Caroline BONNET GALZY
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales
25/27, rue d'Astorg

75008 PARIS

**Procédure de délivrance et d'utilisation de la contraception d'urgence
au Centre de Planification et d'Education Familiale**

Cette procédure ne concerne que la délivrance du **NORLEVO**

1 – Toute personne travaillant au C.P.E.F.

- sage femme, conseillère conjugale, secrétaire (et, de plus pour Caen assistante sociale, pour Lisieux auxiliaire de puériculture) **est autorisée à donner des informations sur ce produit voire à délivrer le NORLEVO en situation d'urgence.**

2 – Apports théoriques

a) *Qu'est-ce que la contraception d'urgence ?*

Il s'agit d'une méthode occasionnelle permettant de diminuer le risque d'une grossesse en cas de rapport sexuel non protégé.

Cette méthode agit en inhibant l'ovulation ou en empêchant l'implantation. Elle est inefficace si l'implantation a commencé.

b) *Quand utiliser une contraception d'urgence ?*

- Rapport sexuel imprévu en l'absence de contraception (y compris viol).
- Doute sur l'efficacité d'une méthode contraceptive : rupture ou oubli d'un préservatif masculin, oubli de pilule contraceptive (avec rapport dans les 3 jours précédant cet oubli...), expulsion de stérilet...

3 - Aspects pratiques

La délivrance du NORLEVO doit se faire **au décours d'un entretien** donnant lieu à un écrit sur le dossier médical s'il y en a déjà un, ou à l'ouverture d'un dossier. Cette délivrance de pilule du lendemain doit faire l'objet d'un enregistrement spécifique (dans l'imprimé « la pilule du lendemain »), et d'un enregistrement statistique.

Cet entretien sera individualisé.

Pendant cet entretien :

- seront notés dans l'imprimé spécifique « la pilule du lendemain », la date des dernières règles, les circonstances de ce rapport à risque, la date et l'heure du rapport non protégé et le délai entre la prise du NORLEVO et le rapport sexuel à risque
- seront données des informations théoriques et pratiques sur le produit
- sera apprécié le besoin d'une contraception au long cours (possibilité de donner un rendez-vous ultérieur avec un médecin du centre de planification pour une prescription)
- sera conseillé un test de grossesse dès un **retard de règles de 5 jours.** (le test peut être fait au centre)

- il sera également souligné que les rapports ultérieurs et ce jusqu'aux prochaines règles devront être protégés systématiquement par des préservatifs.

POSOLOGIE

Une boîte contient un comprimé à prendre au plus tard 72 heures après le rapport à risque (voire 5 jours d'après les dernières études).

Il n'y a aucune contre indication à cette contraception d'urgence.

Ceci dit, si un traitement au long cours est pris par la femme, un avis médical est souhaitable.

Il faut savoir que l'efficacité du NORLEVO est de 95 % s'il est pris dans les 24 heures suivant le rapport à risque. Elle est de 85 % lorsque la prise se fait entre 24 à 48 heures. Enfin, elle est de 60 % si cette prise se fait entre 48 et 72 heures.

Les règles arriveront à la date prévue dans « quasi 60 % » des cas, elles peuvent avoir de l'avance dans 15 % des cas ou avoir du retard dans 25 %.

En cas de retard de règles de plus de 5 jours, il faut faire un test de grossesse.

Si ce test s'avère positif, cet échec de contraception d'urgence sera consigné au médecin directeur du centre; il sera précisé si la pilule du lendemain a été donnée au C.P.E.F. ou non. Noter le délai entre le rapport sexuel et la prise du NORLEVO.

CONCLUSION

C'est une méthode de rattrapage, **d'emploi occasionnel**, utilisable à n'importe quel moment du cycle.

Il ne s'agit pas d'une méthode de contraception régulière : son utilisation doit conduire à mettre en évidence le besoin d'une contraception au long cours.

Cette contraception est disponible en pharmacie, sans ordonnance, elle peut être délivrée gratuitement aux mineures (sans justificatif d'identité).

Ne pas oublier que l'emploi du NORLEVO ne dispense pas des précautions à prendre contre les I.S.T. (infections sexuellement transmissibles) et des mesures à suivre en cas de risque de transmission de celles-ci et en particulier du virus V.I.H. : il sera effectivement nécessaire d'évaluer le risque de transmission du V.I.H. lors de cet entretien.

Docteur
Directeur (trice) du centre,

Réponses de l'organisme

Propositions de modifications du rapport provisoire de l'IGAS

- 1) - **page 7 : 1.2.1** : en 1998 suite à une augmentation du nombre d'enfants confiés au département et à des difficultés liées sur l'ensemble du département, induisant une réduction du travail de prévention ...
- 2) - **page 8** : • **ligne 7** → un « pôle placement familial »
 • **1.2.2 : ligne 6** : offrir des consultations prénatales autant que faire se peut, dans les centres de planification
- 3) - **page 13** : supprimer lignes 4 et 5 (avec deux localisations particulièrement bien adaptées aux activités de planification familiale, le Centre-Ville de Caen et le campus universitaire) --→ *cette phrase peut laisser supposer que les autres centres n'y sont pas !*
- 4) - **page 14** : • **2.2.1 ligne 4** : Les médecins directeurs vacataires sont peu à peu remplacés par des médecins titulaires.
- 5) - **page 15** : • **2.2.2 ligne 17** : L'examen gynécologique est très rarement réalisé lors d'un premier rendez-vous ...
 • **ligne 19** : *Supprimer le paragraphe qui va de « La distribution de contraceptifs oraux ...à les autres femmes sont incitées à recourir au secteur libéral » et remplacer par : La prescription comme la distribution de contraceptifs oraux est toujours accompagnée d'explications pour éclairer et responsabiliser les usagères. La stratégie du département consiste à porter une attention particulière aux jeunes filles et jeunes femmes et aux femmes dépourvues de couverture sociale. Le service de PMI se situe en complément de l'offre de la médecine de ville .*
- 6) - **page 16 • tableau 8** : Nombre d'heures de séances collectives en milieu scolaire
 • **2.2.3 3^{ème} paragraphe après le tableau** : Ces actions sont assurées , à chaque fois que cela est possible , en binôme ... *supprimer « Des formations ont été organisées au profit des intervenants des CPEF » et remplacer par : Les intervenants des CPEF ont fait une demande de formation spécifique à ces interventions.*
- 7) - **page 20 : 3.2.3** --remplacer L'entretien du 4^{ème} mois *par* L'entretien du début de grossesse
- 8) - **page 21 3^{ème} paragraphe** : Ces séances sont mises en place dans pratiquement toutes les circonscriptions,(*et non* : « dans chaque circonscription »)
- 9) - **page 22** : • *après* : pour mutualiser les initiatives *remplacer* : - rencontres « allaitement » sur les circonscriptions de Caen-Nord, du Bocage, du Pays d'Auge sud et du Pré-Bocage *par* : - 10 rencontres « allaitement » par mois sont réparties sur le territoire du Calvados .
 • **le tableau** : pourcentage de femmes enceintes suivies en consultations prénatales → 1990 : NR ; 2002 : 4 ,45% ; 2003 : 4,69% ; 2004 :3,22% .
 • **3.3** : Ils concernent essentiellement pendant la grossesse les maternités publiques et privées, les services de néonatalogie et de pédiatrie et le secteur libéral .
 • **3.3.1** : Les sages-femmes de PMI (ainsi que certaines puéricultrices) passent régulièrement ...
 Une fiche de liaison a été mise en place avec le service de néonatalogie et avec celui de maternité du CHREn maternité, l'arrivée d'une nouvelle surveillante qui a

ouvert, plus largement, le service aux parents et aux professionnels a amélioré les échanges et va permettre d'organiser le lien avec le service de PMI lors des sorties précoces : les sages-femmes hospitalières (il n'y a pas de puéricultrices en maternité au CHR) contactent leurs homologues et proposent aux parents de consulter en PMI. Cependant le SROS III de Basse- Normandie (2006-2011) rappelle que la PMI n'a pas vocation à suivre tout enfant sortant d'un établissement de santé). Reste à travailler les liens entre la maternité du CHR et le service de protection de l'enfance car il y a encore souvent, pour les professionnels, confusion entre service de PMI et service de protection de l'enfance.

10) - page 23 : • 1^{er} paragraphe : Il existe un service d'hospitalisation à domicile de maternité au CHR : il n'intervient que sur un rayon de 15 km autour de Caen et est composé de sages-femmesDes femmes jeunes, fatiguées et isoléeset des nouveaux-nés qui n'ont pas repris leur poids de naissance ou qui sont de très petit poids ainsi que ceux qui nécessitent toujours des soins de cordon peuvent se retrouverAjouter à la ligne un autre paragraphe : Des échanges entre professionnels (puéricultrices pour le CHR de Caen ; sages-femmes et puéricultrices pour les CH de Bayeux et de Lisieux) sont mis en place depuis plusieurs années à la demande conjointe de la PMI et des services hospitaliers : ces échanges contribuent à entretenir un climat de confiance propice à un travail de lien de qualité, notamment pour les situations familiales complexes ; elles permettent également d'actualiser les actions respectives, afin de mieux accompagner les familles et préparer avec elles la sortie de la mère et de l'enfant ou de l'enfant hospitalisé. Bien que ces échanges (sous la forme de stages de deux à cinq jours) entraînent des difficultés de gestion des effectifs, ils sont reconduits du fait des bilans très positifs effectués par les services formation des deux institutions.

• **3.3.2 : dernier paragraphe :** Une seule sage- femme est installée dans les villes suivantes : Bayeux , Falaise , Douvres la Délivrande, Bretteville l'Orgueilleuse, Ouistréham et Vire .
Supprimer : Honfleur , Lisieux .

11) - page 25 : • 2^{ème} paragraphe : Les avis de naissanceune mise à disposition à partir des avis de grossesse, ceci est maintenant généralisé à tout le département. La rédaction d'une lettre de mise à disposition a été élaborée par un groupe de travail composé de sages-femmes et du médecin départemental . Elle est destinée à éviter

• **Dernier paragraphe :** Pour des familles suiviesdes visites à domicile peuvent être organisées (*supprimer : tous les quinze jours*), elles durent de 42 mn à 1 heure et peuvent éventuellement déboucher sur une consultation avec le médecin de PMI

12) - page 26 : • 4.3.2 : modifier le titre : *Les consultations infantiles de la PMI concernent essentiellement les enfants âgés de moins de 2 ans , voire parfois de moins d'1 an .-*

• **ligne 2 :** remplacer 160941 par 16941.

• **ligne 10 :** écrire la durée de consultation au lieu de la durée moyenne de consultation

...

• **ligne 14 :** ...prestation de qualité appréciable pour les bénéficiaire, pourrait avoir du mal à être maintenu longtemps si le département devait faire face ...

13) - page 27 : • 1^{er} paragraphe : remplacer congé parental par congé de paternité .

• **4.3.4 :** Cette zone d'accueil est conçue comme un espace de transition entre l'extérieur et les locaux de la consultation (*supprimer ce qui est écrit après transition*)

14) - page 28 : encart 1 er paragraphe : Les massages de bébés selon un protocole acquis après une formation spécifique (*enlever : traditionnels -> africaines*) : une action qui a pour objet , sur le territoire d'Hérouville, d'impliquer dans les actions collectives, les mères, en particuliers celles issues de l'immigration .

15) - page 29 : • **1^{er} encart :** Deux puéricultrices (*et non* une) de la PMI et une psychologue de l'Ecole des Parents animent, à Hérouville st Clair et à Falaise, des échanges

• **2^{ème} encart :**financée par le département, la DDASS, la CAF, la ville de Bayeux et l'URCAM avec trois professionnels issus de la maternité de Bayeux (sage-femme ou puéricultrice), un de Pédiatrie ou un de la PMI (le plus souvent une puéricultrice de PMI, et très ponctuellement un médecin ou une sage-femme de PMI), un de Pédopsychiatrie ou de psychiatrie (infirmier, psychologue ou psychomotricien)

• **3^{ème} ligne après les encarts :**elles ne peuvent réussir pleinement que si elles s'inscrivent dans le moyen terme (*supprimer* : moyen terme qui n'est plus du ressort de la PMI)

16) - page 31 : 5.2 : en l'absence des parents , seuls les dépistages sensoriels et de langage sont pratiqués .

17) - page 32 : supprimer les deux premières lignes (*41 écoles ne correspond qu'à la circonscription de Caen ouest*)

18) -page 35 : 6.2.2 :et les non-renouvellements .C'est le siège qui présente ces dossiers ...

19) - page 36 :• 6.2.4 : •4^{ème} paragraphe : *après* disparates, *supprimer* :et en général concernent les communes importantes .

• **dernier paragraphe :**chez les assistantes maternelles, certaines circonscriptions expérimentent ...

20) - page 38 : • **3^{ème} paragraphe :** *le formuler ainsi* : Le médecin départemental de PMI et les médecins directeurs de deux CPEF vont rencontrer l'Ordre départemental des pharmaciens pour évoquer certaines difficultés à la distribution de la contraception d'urgence par les officines.

• **4^{ème} paragraphe :** à *supprimer s'il" est" la traduction des « dire » des personnes rencontrées ...aucune n'a reconnu ses propos ...Peut-être s'agit-il des propositions de la mission , dans ce cas le graphisme devra être différent .*

21) - page 46 et 47 : *quatre orthographes à rectifier* : Mme Annick RENAULT ; Docteur ASSELIN (*et non* AMSALEM) ; M. Jean-Yves ALLEE . Docteur LACROIX-BARBERY.

22) - page 67 : *au lieu de REAP écrire REAAP. Mettre RC à la ligne.*

Bien vouloir trouver en PJ la « mouture » actualisée fin août du protocole relatif à la distribution de la contraception d'urgence dans les CPEF .

**Mission d'étude relative à politique départementale
de protection maternelle et infantile**

Département de l'Essonne

Rapport définitif

Rapport présenté par :
Mme Danièle JOURDAIN MENNINGER, Bernadette ROUSSILLE
et Christophe LANNELONGUE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Rapport n°2006-092
Octobre 2006

**Mission d'étude relative à politique départementale
de protection maternelle et infantile**

Département de l'Essonne

Rapport définitif

Rapport présenté par :
Mme Danièle JOURDAIN MENNINGER, Bernadette ROUSSILLE
et Christophe LANNELONGUE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé

Rapport n°2006-092
Octobre 2006

**Mission d'étude relative à politique départementale
de protection maternelle et infantile**

Département de l'Essonne

Rapport initial

Rapport présenté par :
Mme Danièle JOURDAIN MENNINGER, Bernadette ROUSSILLE
et Christophe LANNELONGUE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Rapport n°2006-092
Juillet 2006

**Mission d'étude relative à politique départementale
de protection maternelle et infantile**

Département de l'Essonne

Rapport initial

Rapport présenté par :
Mme Danièle JOURDAIN MENNINGER, Bernadette ROUSSILLE
et Christophe LANNELONGUE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé

Rapport n°2006-092
Juillet 2006

SOMMAIRE

Rapport initial	1 à 42
Annexes du rapport initial.....	42 bis à 71
Réponse du président du conseil général de l'Essonne.....	72 à 76
Ces réponses n'appellent pas d'observation de la part de la mission	

Sommaire

INTRODUCTION.....	3
PREMIÈRE PARTIE : L'ORGANISATION GÉNÉRALE DES SERVICES DE PMI DU DÉPARTEMENT	5
1.1 PRÉSENTATION DU DÉPARTEMENT DE L'ESSONNE À TRAVERS QUELQUES INDICATEURS	5
1.2 L'ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE PMI DU DÉPARTEMENT.....	6
1.2.1 <i>L'organisation des structures de la PMI et leur évolution récente</i>	7
1.2.1.1 L'organisation générale	7
1.2.1.2 Les évolutions.....	7
1.2.1.3 L'organisation et les moyens de la direction de la PMI au Siège.....	8
1.2.1.4 L'organisation et les moyens des services de PMI dans les MDS	9
1.2.2 <i>Le fonctionnement des services de PMI</i>	10
1.2.2.1 Les orientations stratégiques.....	10
1.2.2.2 Le pilotage et l'animation opérationnels.....	10
1.3 LA GESTION BUDGÉTAIRE, DES RESSOURCES HUMAINES ET DES SYSTÈMES D'INFORMATION	11
1.3.1 <i>La gestion budgétaire</i>	11
1.3.2 <i>La gestion des ressources humaines</i>	12
1.3.2.1 Les effectifs à la fin de l'année 2005	12
1.3.2.2 L'évolution des effectifs dans la période récente.....	13
1.3.2.3 Les politiques de gestion pour les différentes catégories	14
1.3.3 <i>L'adéquation des missions et des moyens</i>	15
1.3.4 <i>Les systèmes d'information</i>	15
DEUXIÈME PARTIE : LA PLANIFICATION ET L'ÉDUCATION FAMILIALES.....	17
2.1 LA PLACE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LA STRATÉGIE DU DÉPARTEMENT.....	17
2.2 LES ACTIVITÉS DES CENTRES D'ÉDUCATION ET DE PLANIFICATION FAMILIALE (CEPF).....	17
2.3 ORIENTATIONS DE L'ACTIVITÉ DES CENTRES DE PLANIFICATION FAMILIALE	18
2.3.1 <i>L'accueil</i>	18
2.3.2 <i>Les consultations</i>	19
2.4 L'INFORMATION SEXUELLE À L'ÉCOLE.....	19
2.5 LES ACTIONS DE PARTENARIATS	20
TROISIÈME PARTIE : LES ACTIVITÉS DE PROTECTION MATERNELLE	21
3.1 L'ACTIVITÉ DES CENTRES ET LES VISITES À DOMICILE.....	21
3.2 LA PROTECTION MATERNELLE DANS LE DÉPARTEMENT DE L'ESSONNE.....	22
3.3 L' ARTICULATION AVEC L'HÔPITAL	22
QUATRIÈME PARTIE : LE PROTECTION INFANTILE	24
4.1 LES ACTIVITÉS DE PROTECTION INFANTILE.....	24
4.2 LES MODALITÉS DU SUIVI DES ENFANTS ET DES FAMILLES.....	25
4.2.1 <i>L'accueil et les consultations infantiles</i>	25
4.2.2 <i>Les visites à domicile</i>	26
4.2.2.1 La procédure de suivi des familles.....	26
4.2.2.2 Le rôle de la localisation géographique des familles	27
4.2.2.3 Le suivi des visites à domicile	27
4.3 LES ACTIONS DE PARTENARIAT.....	28
4.4 LES AUTRES ACTIONS COLLECTIVES	29
4.5 LE SUIVI MÉDICAL DES ENFANTS DE L'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE.....	29
4.5.1 <i>La mise en place d'un dispositif spécifique</i>	29
4.5.2 <i>Le bilan du dispositif</i>	30
CINQUIÈME PARTIE : LES BILANS DE SANTÉ EN ÉCOLE MATERNELLE.....	31
5.1 LA PLACE DE CE BILAN DE SANTÉ DANS LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET LES ACTIVITÉS DE LA PMI EN ESSONNE.....	31
5.2 LES MODALITÉS D'ORGANISATION	31
5.3 LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DU BILAN	32
5.4 LES RESSOURCES AFFECTÉES AUX BILANS DE SANTÉ.....	32

5.5	LES RÉSULTATS DE L'ACTIVITÉ DES BILANS DE SANTÉ	33
SIXIÈME PARTIE: LES MODES DE GARDE		34
6.1	LA PLACE DE CETTE ACTIVITÉ DANS LE SCHEMA DÉPARTEMENTAL ET LA STRATÉGIE DU DÉPARTEMENT	34
6.2	LA SITUATION ACTUELLE	34
6.3	L'ORGANISATION DE L'ACTIVITÉ AU SEIN DE LA PMI	35
6.4	L'AGRÈMENT ET LE SUIVI DES ASSISTANTES MATERNELLES.....	36
6.4.1	<i>L'agrément</i>	36
6.4.2	<i>Le suivi</i>	36
6.4.3	<i>La formation</i>	37
SEPTIÈME PARTIE : APPRÉCIATION GÉNÉRALE DE LA MISSION		38
7.1	LES MOYENS MIS AU SERVICE DE LA POLITIQUE DE PMI DU DÉPARTEMENT	38
7.2	LES ACTIVITÉS D'INFORMATION ET DE PLANIFICATION FAMILIALES	38
7.3	LE SUIVI DES FAMILLES AVANT LA NAISSANCE.....	39
7.4	LE SUIVI DES ENFANTS.....	40
7.4.1	<i>La protection infantile</i>	40
7.4.2	<i>Le suivi sanitaire des enfants de l'ASE</i>	40
7.4.3	<i>Les bilans en école maternelle</i>	41
7.4.4	<i>Les modes de garde des enfants</i>	41

ANNEXES

Introduction

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a réalisé depuis 2003, le contrôle de 4 services de protection maternelle et infantile (PMI) dans les départements de Seine-Saint-Denis, du Finistère, de l'Ain et de la Guadeloupe. Ces enquêtes ont fait le constat d'une grande hétérogénéité dans les activités mises en œuvre dans les différentes collectivités départementales et, dans certains cas d'une difficulté à couvrir les missions légales et d'un non respect des normes minimales réglementaires.

Ces constats recourent ceux effectués par la défenseure des enfants, dans son rapport annuel 2002, qui faisaient apparaître les services de PMI comme *un « système performant mais une réalité inégale »*. Elle appelait à une rénovation et à un renforcement des attributions de la PMI.

Dans ce contexte, fin 2005 l'IGAS a proposé aux ministres d'inscrire à son programme annuel de travail une large enquête sur l'avenir de la PMI. Ce thème a été retenu comme prioritaire par les deux ministres concernés.

De plus, suite au débat public sur la protection de l'enfance initié en 2005, le gouvernement a engagé la préparation d'un projet de loi transmis au conseil des ministres à la mi-avril 2006 qui devrait être voté définitivement à l'automne. Les ministres souhaitaient également intégrer dans ce projet de loi des dispositions concernant la protection maternelle et infantile avec la volonté forte de trouver un consensus avec les représentants des collectivités locales gestionnaires de ce domaine de compétences.

C'est pourquoi, par lettre du 20 février 2006 (jointe en **annexe 1**), le ministre de la santé et de la solidarité a saisi l'Inspection générale des affaires sociales d'une mission d'étude sur la protection maternelle et infantile (PMI) visant à proposer *« les axes fondamentaux d'une politique rénovée en terme de missions et d'obligations, ainsi que les modalités à développer pour assurer son rôle clé dans le domaine de la prévention, notamment au regard de la protection de l'enfance »*.

Cette mission confiée à Mmes Danièle JOURDAIN-MENNINGER, Bernadette ROUSSILLE, à Mme le docteur Patricia VIENNE et à M. Christophe LANNELONGUE, membres de l'IGAS, s'est déroulée entre le 1^{er} mars et le 30 juin 2006.

Pour procéder à ces investigations, et en complément des contrôles déjà réalisés et des rencontres et entretiens avec les responsables nationaux et les représentants des professionnels, la mission a choisi de se déplacer dans cinq départements (Calvados, Essonne, Hérault, Meurthe et Moselle et Paris). La collectivité départementale -Ville de Paris fait l'objet d'une mission conjointe IGAS –Inspection de la Ville de Paris. Chaque département fait l'objet d'un rapport de site avec procédure contradictoire simplifiée. L'ensemble des propositions de la mission sont contenues dans le rapport de synthèse.

Dans l'Essonne, la mission sur le terrain s'est déroulée les 13, 14, 16, 21 et 27 avril 2006. Des contacts complémentaires se sont poursuivis en mai et juin 2006. Le planning de travail de la mission et la liste des personnes rencontrées figurent en **annexe 2**.

Les membres de la mission tiennent à souligner :

- la qualité de l'accueil des responsables administratifs et élus du conseil général,
- la disponibilité des responsables de la PMI,
- la richesse des échanges pertinents et spontanés avec les professionnels des circonscriptions et les représentants des organismes et institutions rencontrés,
- l'aide apportée à la mission, notamment à travers les documents remis et la réponse au questionnaire de l'IGAS

Les appréciations de la mission quant à la mise en œuvre des missions relevant de la politique de protection maternelle et infantile dans le département de l'Essonne doivent être comprises comme une contribution à la réflexion dans une optique d'amélioration de l'action publique en direction des citoyens et des usagers de la PMI.

Première partie : l'organisation générale des services de PMI du département

1.1 Présentation du département de l'Essonne à travers quelques indicateurs

La population totale du département de l'Essonne s'élevait à 1 153 000 habitants en 2003. Il s'agit d'un département jeune, avec plus de 28% de moins de 20 ans. La population des 15 à 49 ans est estimée par l'INSEE à plus de 588 000 à la même date. Si les principaux indicateurs retenus par le tableau de bord pour l'action sociale de la direction générale des solidarités du département¹ pour suivre l'évolution des populations en situation ou en risque de précarité permettent de dire que l'ensemble de la population du département de l'Essonne est moins en difficulté que l'ensemble de la population francilienne, certaines communes connaissent une surreprésentation des populations en difficulté, comme celles de Grigny, Corbeil-Essonne, Evry et Etampes. L'Essonne est à la fois très urbanisée dans sa partie nord-est, avec des zones composées de grands ensembles et de quartiers difficiles, et des quartiers pavillonnaires dans le nord et l'ouest du département, une partie plus rurale, dans le sud du département, et le développement de zones mixtes relevant de la « rurbanité ». Sa proximité avec Paris, les liaisons avec le RER renforcent la césure entre le nord et le sud du département.

Le département de l'Essonne connaît une immigration d'origine étrangère forte et une forte proportion de français d'origine étrangère.

Tableau 1 : Données démographiques

	1990	2002	2003	2004
Population totale	1 079 049,4		1 153 000	
Estimation INSEE tranche d'âge 15/49 ans au 1 ^{er} janvier	597 093,4	587 223	588 418	589 435
Nombre d'enfants de moins de 6 ans	99 000	99 000	100 000	102 000
Part des 0/20 ans			28,2 en 2003	
Taux de natalité pour 1000	15,3	14,8		
Nb d'enfants nés vivants de parents résidant dans le département	16 686	16 927	17 122	17 614

Source : service de PMI du département de l'Essonne

Le taux de natalité de 14,8 pour mille habitants est supérieur au taux national de 12,7 en 2002.

Le nombre de naissances domiciliées dans le département en 2003 était de 17 122 (soit % des naissances répertoriées sur le territoire français).

En 2003, la population des moins de 6 ans est estimée à 100 000 enfants.

Les autres indicateurs relatifs à la santé sont analysés à partir des données issues des certificats de santé, et notamment des 8^{ème} jours et 24^{ème} mois.

¹ ICARES, tableau de bord pour l'action sociale, 2005

Tableau 2 : Caractéristiques de santé

	1990	2002	2003	2004
Mortalité périnatale °/°°	0,62			
Mortalité infantile °/°°	4,61	3,7		
Naissances survenues avant 37 semaines d'aménorrhée	4	5,7	5,4	5,9
Mères de moins de 18 ans et plus de 38 ans °/°°		0,4	0,4	0,4
Taux de césarienne	12,3	10,5	10,4	11,4
Poids à la naissance/2500kg °/°°	5,2	6,2	6,3	6,1
Allaitement maternel	53	68,6	71,1	72,2

Source : service de PMI du département de l'Essonne

Le taux de mortalité infantile est estimé à 3,7 pour mille habitants en 2002, par rapport à un taux national de 4,3.

D'une manière générale, la proportion des familles nombreuses (plus de trois enfants) est supérieure à la moyenne nationale. Mais la proportion de familles nombreuses se retrouve dans les communes de Grigny, (23,5%), Evry, (18,1%), Epinay sous Sénart (17,5%), Fleury Mérogis (16,1%). Ces communes présentent également des taux de logements sociaux très supérieurs à la moyenne. Le taux des mères de moins de 20 ans, voisin du taux national (2,2%), atteint 5,3 % et 3,5 % à Grigny et Evry. En 1999, le taux de familles monoparentales (12,4%), est inférieur à la moyenne nationale, mais en majorité plus élevé dans les communes citées supra.

Tableau 3 : Caractéristiques sociales

	1990	2002	2003	2004
Taux de chômage (décembre)	4,9%	7%	7,8%	7,9%
Proportion de demandeurs d'emploi en fin de mois de plus d'un an (décembre)		25,1%	26,1%	27,1%
Nombre de bénéficiaires du RMI °/°° de 20 à 59 ans (janvier)//recensement de 1999	----	19,1%	19,8%	22,6%
Nombre de bénéficiaires de l'API pour °/°° femmes de 15 à 64 ans (janvier)	----	-----	-----	-----
Part de la CMU complémentaire /population totale	-----	-----	4,8%	4,6%

Source : service de PMI du département de l'Essonne

1.2 L'organisation et fonctionnement des services de PMI du département

Les activités concernant la PMI sont placées sous la responsabilité politique du vice - président en charge de la solidarité et mises en œuvre par les services du département. L'évolution a conduit à prendre davantage en compte la spécificité de la mission de la PMI par rapport aux autres missions médico-sociales dans l'organisation et le fonctionnement des services.

1.2.1 L'organisation des structures de la PMI et leur évolution récente

1.2.1.1 L'organisation générale

La direction de la PMI anime et coordonne la mise en œuvre des missions de PMI dans le département. Sa directrice est un médecin pédiatre qui assure la responsabilité hiérarchique et technique sur l'ensemble des personnels de PMI, qu'ils soient affectés au siège ou dans les services territoriaux.

Au siège, la direction de la PMI est intégrée dans la direction générale adjointe (DGA) Solidarité qui est l'une des 5 grandes directions de mission rattachée au directeur général des services (DGS), lui-même placé sous l'autorité directe du président du conseil général. La DGA est elle-même organisée en 6 directions, prenant en charge, outre la PMI et la coordination territoriale, les missions de prévention spécialisée et de protection de l'enfance, de l'insertion et de la lutte contre les exclusions, des personnes âgées et handicapées et de la prévention santé.

Au niveau territorial, les activités de la PMI sont mises en œuvre par des équipes pluridisciplinaires organisées dans des centres de PMI, eux-mêmes intégrés dans les maisons départementales de la solidarité (MDS). Les 62 centres de PMI sont ainsi rattachés à 16 MDS qui couvrent 21 circonscriptions territoriales.

1.2.1.2 Les évolutions

A partir de 1996 le département a accentué la territorialisation de ses services qui interviennent en matière d'action sociale, et a engagé la constitution d'unités administratives, les maisons départementales de la solidarité (MDS) prenant en charge sur un territoire donné l'ensemble de ses missions dans le domaine social. Les centres de PMI ont été intégrés dans les MDS, et les services de PMI placés sous l'autorité des responsables des MDS, eux-mêmes rattachés au directeur général des services. Par ailleurs, au siège, le service de PMI a été intégré dans la direction en charge de la protection de l'enfance.

Pour la PMI, cette organisation avait pour principal avantage de permettre une articulation étroite avec les services en charge de la protection de l'enfance, notamment pour les actions de lutte contre la maltraitance ou le suivi sanitaire des enfants confiés à l'ASE. Mais cette organisation était, au plan juridique, contraire aux dispositions du code de la santé publique (article L 2112-1) qui prévoient que les services de départementaux de PMI sont des services personnalisés, placés sous la responsabilité d'un médecin. Mais surtout elle conduisait à une certaine dilution des services de PMI dans l'ensemble des services médico-sociaux. Cette situation créait un risque pour l'affectation des moyens, compte tenu de la pression des besoins de court terme dans le domaine de la protection de l'enfance. Elle pouvait aussi déboucher sur un certain cloisonnement des services de PMI, rendant plus difficile la mutualisation des bonnes pratiques.

C'est pourquoi, en 2004, une réforme a été engagée pour permettre, en octobre 2005 la création d'une direction de la PMI à part entière, qui a autorité directe sur les responsables des services locaux de PMI. La nouvelle organisation traduit un respect strict des prescriptions juridiques puisque que le directeur de la PMI au Siège et les responsables des services locaux de PMI sont des médecins. Elle doit aboutir à une plus grande cohérence d'action des services

dans l'ensemble du département, à faciliter la recherche de performance sur des objectifs spécifiques à la PMI tout en permettant un travail transversal au niveau des MDS. En effet, les services territoriaux de PMI restent intégrés dans les MDS. Chaque MDS est dirigée par un directeur rattaché à la direction de la coordination territoriale. Mais le responsable des services de PMI appartient à l'équipe de direction et il est implanté dans les locaux de la MDS, ce qui permet un travail en commun. La coopération est formalisée sur les questions de signalement d'enfant en danger ou connaissant des difficultés particulières.

Les objectifs de l'organisation actuelle du réseau territorial, tels qu'ils ont été présentés à la mission de l'IGAS, résultent aussi d'une autre décision fondamentale du département, qui a consisté à reprendre en charge directement (« en régie ») des activités qui étaient antérieurement déléguées à des services de communes ou d'associations (par exemple la Croix Rouge). C'était le cas par exemple pour les médecins et puéricultrices qui effectuaient les consultations pour les enfants. Cette situation avait conduit à une certaine balkanisation des moyens de la PMI dispersés dans près de 200 services communaux et compliquait leur gestion. Ainsi, par exemple, les consultations étaient effectuées par des personnels communaux et les visites à domicile (VAD) par des personnels départementaux, alors qu'il s'agissait d'intervenir sur la même mission conjointe en direction du même public.

Par ailleurs l'« internalisation » des activités était aussi justifiée par la facilité qu'elle procurait pour le pilotage des activités et le développement des compétences, et parce qu'elle réduisait les risques de mise en cause de la mission spécifique de la PMI.² Concrètement les personnels ont été intégrés dans les cadres statutaires de gestion des personnels du département. Cette démarche a dû être conduite progressivement pour des raisons tenant d'abord aux questions de locaux, et afin de ne pas mettre en cause la continuité des services. Au moment du passage de la mission en avril 2006, toutes les activités de la PMI dans l'Essonne étaient prises en charge directement par le département et ses personnels à deux exceptions : il subsistait trois centres municipaux de protection infantile et trois centres, un municipal et deux hospitaliers de planification et d'éducation familiale. Pour ces structures, la départementalisation devrait être effective en 2007.

1.2.1.3 L'organisation et les moyens de la direction de la PMI au Siège

La direction de la PMI comprend 4 services :

- le service de la PMI territorialisée qui met en œuvre la coordination des activités de PMI et de planification sur le territoire (secteur, consultations), et le suivi du dispositif de départementalisation des centres
- le service des « établissements de la petite enfance » qui intervient sur le financement, le soutien technique aux gestionnaires, les autorisations et avis pour la création, la transformation des établissements et services d'accueil de la Petite Enfance, le suivi et le contrôle des structures
- le service des Assistantes Maternelles qui prend en charge le suivi de l'agrément, la formation, le contentieux

² Par exemple dans le cas de consultations hospitalières qui privilégient une approche de soins curatifs aux dépens de la prévention et de la planification.

- le service Epidémiologie qui assure le recueil et le traitement des certificats de santé du 8^{ème} jour, 9^{ème} et 24^{ème} mois, ainsi que le pilotage et l'analyse d'enquêtes spécifiques

L'ensemble de ces services emploie 26, 5 personnes en ETP dont 6 cadres A techniques, soit 7% du personnel total du département affecté à la PMI

1.2.1.4 L'organisation et les moyens des services de PMI dans les MDS

L'organisation territoriale est homogène sur l'ensemble du département. Dans chaque MDS, il existe un médecin responsable des missions de PMI, le RMPMI, qui assure l'animation et la coordination des centres de PMI³. Chaque centre de PMI est dirigé par un cadre technique et emploie une équipe pluridisciplinaire. Les 62 centres de PMI emploient au total 310 personnes en ETP et ont des dimensions très diverses : 1/3 relativement importants, 1/3 de moyens et 1/3 de dimension plus restreinte.

La répartition des moyens et l'implantation des centres ont évolué au cours du temps dans le cadre d'une politique de redéploiement destinée à mieux prendre en compte les besoins. Les 21 circonscriptions c'est-à-dire le champ d'action des MDS ont des dimensions très hétérogènes en nombre d'habitants mais surtout en terme de niveau socio-économique. Leur population varie de 25 000 à 75 000 habitants. C'est la conséquence du caractère ancien de ce découpage (qui a plus de 20 ans) et aussi du caractère très diversifié sur le plan économique et social du département de l'Essonne.

Dans ce contexte, les responsables de la PMI ont engagé des déploiements du réseau et une ré-allocation des moyens. De 1990 à 2005 :

- 15 centres de protection infantile ont été fermés ; pour 12 d'entre eux il s'agissait de tous petits centres une consultation ou moins par semaine avec peu de consultants ou situés à proximité d'un autre centre PMI
- 6 centres nouveaux ont été créés : 3 pour la protection infantile et 3 pour la protection maternelle la planification et l'éducation familiale
- 9 centres ont été restructurés pour 2 d'entre eux en étendant leur activité de la protection maternelle à la planification familiale et pour 7 d'entre eux de la planification familiale à la protection maternelle

Les moyens ont été redéfinis sur la base du nombre de naissances (500 à 1300 par site), des particularités démographiques et sociales (nombre d'enfants de moins de six ans dans un foyer dont l'un des membres est bénéficiaire de l'API et du RMI), et des particularités médico-sociales telles qu'elles apparaissent dans l'exploitation des certificats de santé du 8^{ème} jour (suivi des grossesses prématurité, mères de moins de 20 ans). Cette politique a été mise en œuvre à travers des évolutions dans la carte d'implantations des centres et les affectations des personnels. Elle a été grandement facilitée par la départementalisation et le renforcement continu des effectifs et ses résultats sont significatifs. Les moyens des centres sont réellement différenciés en fonction des besoins d'intervention comme le fait apparaître la comparaison entre :

³ Par exception, il y a deux médecins RPMI dans la MSD d'Evry

- la MSD de Grigny (25 000 habitants dans le champ d'action dans le champ) dont les deux centres de PMI emploient 3 médecins pour trois secteurs de protection infantile et 2 médecins de planification, 8 puéricultrices, 3 infirmières une sage femmes 2 éducatrices de jeunes enfants et une secrétaire
- La ville de Verrières le Buisson rattachée à la MSD de Palaiseau (1 6156 habitants) qui dispose d'un centre avec un médecin une infirmière et une puéricultrice.

Plus généralement, la mission a pu constater que, dans les circonscriptions qui connaissent une situation plus difficile sur le plan social (appréciée à l'aide des indicateurs évoqués plus haut), les effectifs (mesurés par le ratio naissances sur ETP) étaient sensiblement plus importants que dans les autres.

1.2.2 Le fonctionnement des services de PMI

1.2.2.1 Les orientations stratégiques

Des orientations pour la PMI ont été élaborées à différents moments depuis que le département a repris en charge la mission. Un premier rapport d'orientation sur l'enfance et la famille a été adopté en 1991. Un rapport sur les priorités du service de PMI et le projet de départementalisation des centres de PMI ont été adoptés en juin 1997. Mais c'est surtout dans le cadre des schémas de l'enfance de la famille 1999-2004 puis 2005-2010 que des orientations concernant la PMI ont été définies. Leur préparation s'est finalement peu appuyée sur les travaux de la direction de l'audit de l'évaluation des politiques publiques et de la démarche qualité. En revanche elle a bénéficié de l'existence au sein de la « DGA solidarités » d'un service d'observation de l'action sociale dénommé ICARE qui collecte des données dans le champ social et donc dans celui de la PMI. Le caractère très général de ces travaux ne permet pas de les décliner en objectifs opérationnels annuels. De nouvelles orientations pluriannuelles pour la PMI devraient être élaborées. Un rapport devrait être présenté en septembre 2006 à l'assemblée départementale

1.2.2.2 Le pilotage et l'animation opérationnels

Ils restent encore limités. La fixation des objectifs et des moyens et le suivi des résultats sont relativement peu formalisés. Il n'existe pas de procédure de fixation d'objectifs annuels et de suivi de la performance pour les MDS et les centres de PMI. En l'absence de définition des responsabilités budgétaires pour les services de PMI, au siège et dans les MDS, le pilotage des services de PMI ne repose pas sur un dialogue missions/moyens. Son intensité est aussi limitée par la faiblesse du système d'information sur les activités et les coûts.

En revanche, l'animation des services a permis de constituer des liens solides entre les professionnels qui interviennent sur les activités de PMI. Au siège, des comités de direction sont organisés à la « DAG solidarité », et au sein de celle-ci à la direction de la PMI. Des réunions régulières permettent aussi d'associer les services du siège et ceux des services territoriaux. Ainsi des réunions entre les cadres de la direction et les responsables territoriaux ont lieu tous les 15 jours avec les médecins responsables de PMI dans les MDS.

La politique de communication externe est apparue dynamique. Le site internet du conseil général fait une large place aux activités du conseil général en matière de solidarités et au sein de celles ci aux activités de prévention et de promotion de la PMI. De nombreux documents d'information ont été produits en direction des publics bénéficiaires dans le cadre d'actions d'éducation à la santé.

1.3 La gestion budgétaire, des ressources humaines et des systèmes d'information

1.3.1 La gestion budgétaire

Dans l'Essonne, comme dans beaucoup de départements, tous les crédits consacrés à la PMI ne font pas l'objet d'une approche individualisée dans la nomenclature de prévision et d'exécution. Seules sont identifiées dans la nomenclature, comme dépenses de PMI, les subventions versées aux services délégués qui concernent les dépenses d'accès aux modes de garde, d'actions de santé publiques et de formation des ASMAT en dehors des dépenses de rémunérations des personnels du département, des dépenses de fonctionnement et d'investissement qui concernent des fonctions ou des locaux communs.

Tableau Dépenses PMI identifiées dans la nomenclature budgétaire

C.A.	2002	2003	2004	Projet C.A. 2005
Fonctionnement				
PMI, planification et éducation familiale	6,4	5,0	5,0	3,0
Aide en faveur de la Petite Enfance	8,9	7,8	8,9	8,
Formation des assistantes maternelles	0,3	0,3	0,4	0,4
Investissement	2	2	2,29	2,2
Total	17,6	15,1	16,5	13,6

Source : service de PMI du département

La mise en œuvre du processus de « départementalisation » de la PMI, évoquée supra explique la diminution progressive des dépenses de PMI identifiées. Cette diminution traduit celle des crédits affectés au remboursement des frais de fonctionnement aux gestionnaires conventionnés et l'inscription des charges correspondantes dans les budgets de personne et de fonctionnement des services du conseil général.

A la demande de la mission, la direction de la PMI s'est efforcée de chiffrer les moyens consacrés à la PMI dans leur intégralité, de façon à pouvoir apprécier la réalité de l'effort du conseil général. Les données ainsi collectées font apparaître une croissance importante des moyens consacrés par le département à la PMI : entre 1990 et 2004 les crédits seraient passés de 10 millions d'euros à 22 millions d'euros. Cette dépense représente la somme :

- des dépenses de personnel en régie directe et en service délégué
- des dépenses de fonctionnement des centres en régie directe ou délégués

Malgré cette augmentation, la part consacrée à la PMI dans un budget départemental en constante expansion a baissé (1,8% pour 2004 pour 2,3% en 1990).

Cependant, pour apprécier la réalité de la charge financière, il faut intégrer les recettes qui sont presque exclusivement apportées par l'assurance maladie en remboursement de

certaines prestations. En effet, en application d'une convention de 1994 passée entre le département et la CPAM de l'Essonne, l'assurance maladie assure le remboursement des examens obligatoires pour les enfants, les consultations et les examens pour les femmes majeures dans les consultations gynécologiques, mais pas les visites à domicile, ni les bilans de santé dans les écoles. Les montants remboursés sont limités en volume mais ils ont augmenté pendant la dernière période. Toutefois les services du département considèrent que le fonctionnement de la relation n'est pas satisfaisant et notamment que la lourdeur de la gestion administrative conduit à des pertes de recettes.

Recettes en millions d'euros

	2002	2003	2004	2005
Remboursements assurance maladies planification	0,08	0,17	0,13	0,20
Remboursements assurance maladie prénat et enfant	0,40	0,52	0,70	0,74
Total	0,48	0,69	0,83	0,94

Source : service de PMI du département

1.3.2 La gestion des ressources humaines

Ces dernières années, le département a mis en œuvre une politique active de gestion des ressources humaines concourant à la réalisation des missions de PMI. Les effectifs ont été augmentés, d'abord du fait de la politique de départementalisation mais aussi pour faire face au développement des missions. Cependant, la gestion a été rendue délicate par les difficultés rencontrées en matière de recrutement.

1.3.2.1 Les effectifs à la fin de l'année 2005

Au 31 décembre 2005, les effectifs affectés aux activités de PMI s'élevaient à 351,9 équivalents temps plein ETP dont 320,5 ETP (soit 91%) dans les services du département et 31,4 ETP dans les structures conventionnées (soit 9%). La quasi-totalité de ces personnels travaillent dans les services territoriaux. Au sein de ceux-ci, la très grande majorité met en œuvre des fonctions opérationnelles en contact direct avec les publics bénéficiaires. En terme fonctionnel, l'encadrement exercé dans les MDS par les médecins RMPMI et par les puéricultrices cadre de santé représente 15 ETP sur 295 (5%)

PERSONNEL DE P.M.I. AU 31/12/05

Catégories	Départemental			Conventionné	
	Siège	MDS	ETP	Postes	ETP
Médecins	20	79	69	12	4,40
Puéricultrice conseillère technique	1		1		
Puéricultrices encadrantes tech.		10	6		
Puéricultrices	2	125	115,4	8	7,60
Sages-femmes		16	13,9	2	1,50
Infirmières		44	40,4	7	6,20
Conseillères conjugales	12	7	10,5	2	0,80
Psychologues	1	14	10,3	5	1,20
Educatrices jeunes enfants		10	9,5	2	1,50
Auxiliaires puér. Aides soig.		15	14,3	4	2,90
Personnel administratif	21	10	29,8	6	5,30
Agents d'entretien		3	0,4		
TOTAL	57	333	320,5	48	31,40

Source : service de PMI du département I.

1.3.2.2 L'évolution des effectifs dans la période récente

Comme le montre le tableau ci dessous, l'évolution des effectifs a été relativement important dans la dernière période : globalement ils sont ainsi passés de 305,7 ETP à fin 2001 à 351,8 ETP fin 2005 soit plus 15 % en cinq ans. Au sein de cette progression globale ce sont surtout les effectifs sous statut départemental qui ont progressé très rapidement sous l'effet de la politique de départementalisation, les effectifs des autres structures baissant corrélativement. Cette politique qui a conduit à l'intégration d'agents dans les effectifs départementaux affectés au siège ou en MDS a concerné essentiellement du personnel médical et paramédical. En 2005, elle a ainsi touché 38 agents dont 9 à temps non complet et 3 agents d'entretien. A la fin 2007 tous les agents devraient être employés sous statut départemental.

Evolution du personnel de PMI

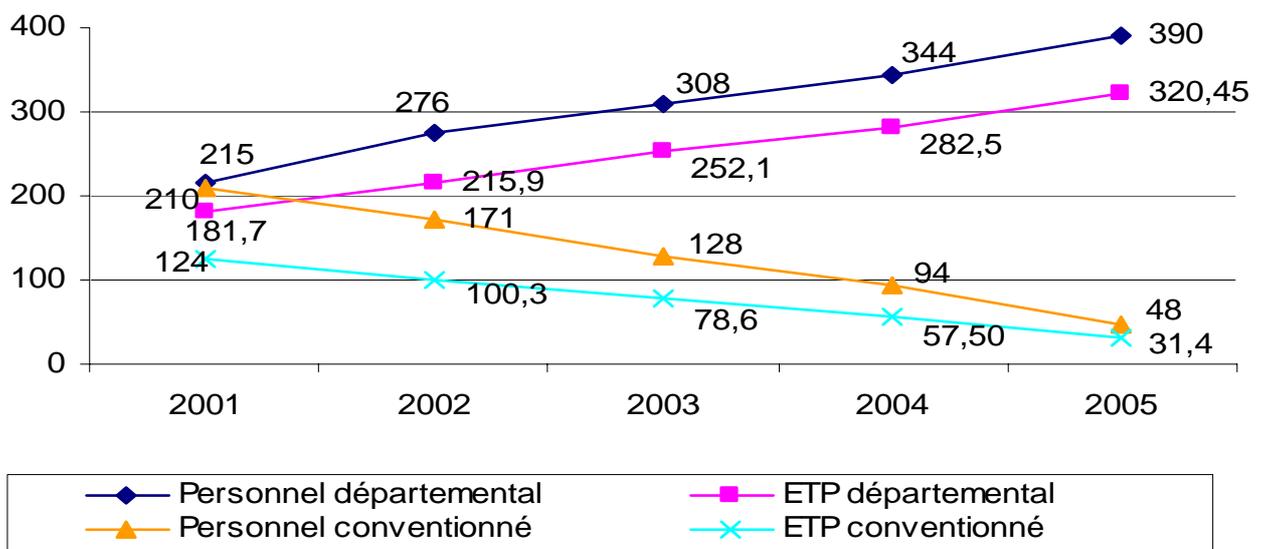


Tableau de l'évolution des effectifs sous statut départemental par catégorie

	1990	2002	2003	2004
Médecins	50	67	68	67
Sage femmes	9	15	15	16
Puéricultrices	62	98	113	120
Infirmiers	31	42	42	47
Psychologues	3	9	10	10
Conseillers conjugaux	9	10	10	12
Auxiliaires de puériculture	30	22	21	18
Secrétaires des centres de PMI	29	16	10	8
EJE	2	11	12	12
Total	225	290	301	310

Source : service de PMI du département

1.3.2.3 Les politiques de gestion pour les différentes catégories

Dans leur très grande majorité, les personnels sont employés dans un cadre statutaire. Le turn over est très faible et d'abord lié aux départs en retraite. Un des axes majeurs de la gestion consiste d'abord à recruter le plus possible des fonctionnaires titulaires. Les contrats sont utilisés comme un outil de pré-recrutement. Tout nouvel agent se voit proposer un contrat d'un an avec obligation de passer les concours de la fonction publique territoriale. Les services du département ont rencontré des difficultés de recrutement pour la plupart des catégories, ce qui explique la persistance de vacances d'emploi à des niveaux d'ailleurs limité. C'est le cas des puéricultrices (6 % de vacances mais 17 % pour les encadrants) les sages femmes (6%) et des médecins (6%). Enfin le recrutement par promotion interne sur la base de formations professionnelles ou de la validation des acquis de l'expérience sont encore limités.

➤ Les médecins

Par exception, une vingtaine de médecins est employée dans un cadre contractuel avec des contrats de un an renouvelé ; il s'agit de médecins qui ne souhaitent pas passer de concours car ils souhaitent continuer à travailler en ville ou sont âgés de plus de 55ans. Outre des considérations de principe, cette politique est justifiée par les difficultés principalement statutaires à employer des médecins de ville ou à l'hôpital à temps partiel dans les services de PMI. Les recrutements sont particulièrement difficiles pour les médecins formés en gynécologie-obstétrique. Pour développer l'attractivité de la PMI, une politique d'accueil des internes en médecine générale a été organisée. Les formations complémentaires pour les médecins (type DU de santé publique de pédiatrie ou de contraception) sont difficiles à mettre en place du fait du coût qui est supporté par le département. Pour faire face aux situations de vacances, le service a développé un protocole de travail qui vise à optimiser l'emploi des ressources en cas de vacances.

➤ Les sage femmes

En dépit des évolutions statutaire positives récentes, le recrutement de sages femmes est difficile. Ces difficultés ont largement pour origine l'impossibilité d'accueillir les sages femmes sur des grades de classe supérieure ou exceptionnelle du fait de la saturation des

quotas d'avancement alors même que les candidates sont souvent des sages femmes expérimentées qui postulent pour la PMI après une expérience longue à l'hôpital.

➤ Les puéricultrices

Selon les services du département, interrogés par la mission de l'IGAS à ce sujet, la formation hospitalière de cadre de santé, dont la formation concernant les puéricultrices, n'est pas véritablement adaptée aux emplois dans les services territoriaux ; son coût est levé et le département a choisi de n'en financer qu'une à deux par an.

➤ Les conseillères conjugales :

Des difficultés existent dans la gestion de ces personnels du fait de l'absence de statut adapté. Les candidates sont donc amenées à passer des concours administratifs qui sont peu favorables en terme de rémunération.

1.3.3 L'adéquation des missions et des moyens

L'affectation des moyens entre les missions est effectuée dans le cadre d'une politique qui vise à redéployer les ressources sur les missions prioritaires. Pour ce faire, la direction conjugue l'analyse des besoins des différents territoires mais aussi l'application de normes : telles que, par exemple, une demi-journée de consultation hebdomadaire pour le suivi de 100 à 120 enfants en protection infantile et pour le suivi de 120 à 140 enfants de 3/4ans pour les bilans en école maternelle

En l'absence de comptabilité analytique, il n'est pas possible de mesurer la répartition effective de ressources entre les grands blocs de mission. Par exception une étude a été menée en 2003 sur les activités des puéricultrices, des infirmières et des sages femmes. Elle faisait apparaître notamment que les puéricultrices partageaient à peu près également leur temps entre les quatre principaux champs d'activité que constituent :

- la prévention primaire en secteur (22 % du temps)
- les consultations de PMI/planification et bilans en école maternelle (20,4 % du temps)
- le suivi PMI et les signalements liasse (« anciennement enfance à risque ») (20,4 % du temps)
- la mission assistante maternelle (21 % du temps)

Le reste du temps de travail étant dispersé sur d'autres tâches notamment de gestion interne.

1.3.4 Les systèmes d'information

Les informations sur l'activité sont enregistrées dans des dossiers papiers qui sont utilisés pour la gestion opérationnelle des activités. Il existe différents types de dossier correspondant aux principales prestations rendues par les services :

- Dossier consultation en protection infantile, protection maternelle et planification
- Dossier sage femme
- Dossier puéricultrice : fiches de base, dossier vert pour les enfants suivis, dossier orange pour les signalements
- Dossier assistantes maternelles

- Dossier bilan en école maternelle

A l'exception des dossiers sur les assistantes maternelles et les dossiers de signalement, ces dossiers sont gérés sur supports papiers et donc non informatisés. Les projets informatiques en cours concernent la mise en place de l'intranet et la transmission par ce biais des statistiques. Il n'y a pas de schéma directeur organisant la mise en place des systèmes d'information.

Deuxième partie : la planification et l'éducation familiales

2.1 La place de la planification familiale dans la stratégie du département

Les activités de planification familiale n'occupent pas une place majeure dans la stratégie du département ; elles ne font pas l'objet de réflexions particulières dans le nouveau schéma départemental de l'enfance.

Dans le précédent schéma départemental de l'enfance, les actions de planification et d'éducation familiale étaient incluses **dans un de ses quatre axes au titre de la prévention précoce et primaire**, sous la forme de consultations médicales et d'entretiens (contraception, infections sexuellement transmissibles, gynécologie, entretiens et consultations avant et après IVG, difficultés sexuelles et problèmes familiaux), auxquelles s'ajoutait l'information auprès des jeunes.

Elles ont disparu en tant que telles du nouveau schéma départemental de l'enfance 2005-2010.

En revanche, la direction de la PMI du département de l'Essonne a présenté à la mission de l'IGAS comme l'un de ses axes de travail le développement de la planification familiale en direction des mineurs.

La prise en compte des spécificités du territoire et de la population (géographiques, sociales, sociologiques, éthno-culturelles) se retrouve dans la répartition des centres de planification sur le territoire ; plus de la moitié (55 %) des consultants des centres de planification familiale a moins de 25 ans.

2.2 Les activités des centres d'éducation et de planification familiale (CEPF)

Les centres de planification et d'éducation familiale sont au nombre de 32. Les CEPF ont des modalités d'articulation variables avec les autres activités de PMI, certains CEPF sont intégrés au centre de PMI, d'autres n'ont que cette seule activité⁴. Au siège du département, l'unité « PMI-Planification », est incluse dans le service des moyens des territoires. Le médecin gynéco-obstétricien appartenant à la direction de la PMI est plus particulièrement chargé de la coordination entre la protection maternelle et infantile et la planification et effectue le suivi de la planification. Le service des moyens du territoire s'occupe aussi du dispositif de départementalisation en cours des centres de planification, en lien direct avec le médecin gynéco-obstétricien..

Les trois centres de planification hospitalière qui subsistent (comme celui de Corbeil, placé entre la MDS et l'hôpital) complètent l'activité d'information et de consultation des centres départementalisés et seront départementalisés à la fin de l'année.

Les activités médico-sociales préventives sont assurées, dans les MDS, par les équipes pluridisciplinaires, personnels médicaux, paramédicaux et sociaux.

⁴ Depuis 1990, trois nouveaux centres de protection maternelle et de planification familiale ont été créés, deux centres de planification maternelle ont étendu leur activité à la planification familiale, pendant que sept centres de planification familiale intégraient la protection maternelle.

Les conseillères conjugales des centres ainsi que les médecins ou infirmière sont chargés des actions de prévention et d'information dans les établissements recevant des jeunes dépendant de l'éducation nationale et dans les centres de PMI.

L'activité des centres de planification est tributaire des problèmes de recrutement de médecins de secteur (en particulier les gynécologues-obstétriciens) Avec la fin de l'obligation d'entretien avant IVG (dont l'obligation est maintenue pour les seules mineures), l'activité des conseillères conjugales s'est reportée sur des actions d'information auprès des jeunes, notamment dans les collèges.

Tous les jeunes sont reçus quel que soit leur âge, même les moins de 15 ans ; le nombre d'IVG des moins de 18 ans n'est pas connu.

	1990	2002	2003	2004
Nb de centres de planification	27	32	32	32
Nb de séances (1/2 journées) de consultations mixtes ⁵	4740 ⁶	2764 mixtes	2998 mixtes	2931 mixtes
Nb de consultations médicales mixtes	21 966	22 238	22 511	21 084
Dont contraception	11 306	14 237	14 604	14 239
Dont IVG	1313	1657	1780	1767
Nbde consultants mixtes ?	19 661	12 247	13 227	12 403
% de consultants mineurs	12 %	20%	20%	19%
Nb d'entretiens avec la conseillère conjugale	9 979	6 958	6 940	5 967
Dont contraception	3 585	2 366	2 285	1 763
Dont IVG	2 229	1 169	1 111	1 176
Nb de personnes vues en entretien		7 659	7 986	7 393
% de mineurs vus en entretien				

Source : service de PMI du département de l'Essonne

L'existence de consultations mixtes (protection maternelle et planification) rend difficile la mesure de l'activité. Cependant, l'évolution de certaines composantes de l'activité, surtout entre 1990 et 2004 fait apparaître un léger renforcement de consultations médicales pour la contraception, une diminution du nombre de consultants, et un net déclin de l'activité de conseillère conjugale proprement dite.

2.3 Orientations de l'activité des centres de planification familiale

2.3.1 L'accueil

Les jours et les heures d'ouverture des centres sont variables. L'accueil dans les centres est parfois rendu possible en dehors des heures de consultation. Tous les mineurs sont accueillis même avant l'âge de 15 ans. De nombreuses consultantes sont des migrants bénéficiaires de minima sociaux.

Pour les mineurs et les non assurés sociaux, la contraception est prise en charge gratuitement.

En revanche, les centres s'attachent, lorsque la médecine de ville est en mesure de répondre à la demande, à renvoyer vers les médecins généralistes et médecins gynécologues libéraux les femmes de plus de 40 ans assurées sociales.

⁵ Consultation en protection maternelle et planification

⁶ y compris hôpital d'Orsay

2.3.2 *Les consultations*

Elles assurent des entretiens de conseil conjugal et familial sur la contraception (25%), sur les difficultés sexuelles et familiales (30%), et l'entretien éventuel avant IVG.

Dans un centre comme celui de Corbeil, 4/5 des consultations concernent la contraception et le reste sont relatives à l'IVG.

Les centres distribuent la contraception d'urgence, gratuitement aux mineures et aux personnes dépourvues de couverture médicale.

La loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception a autorisé la pratique de l'IVG médicamenteuse hors des établissements de santé. Les décrets d'application du 3 mai 2002 et du 1^{er} juillet 2004, complété par la circulaire du 26 novembre 2004, précisent les modalités de mise en œuvre des IVG par la médecine de ville. La pratique de l'IVG médicamenteuse n'est pas prévue dans les centres de santé ou les centres de planification, en l'état actuel de l'article R. 2311-7 du code de la santé publique.

Cette question de la délivrance de l'IVG médicamenteuse est abordée de manière différente selon les départements, certains souhaitant que cette compétence leur soit donnée, d'autres étant plus réticents. Le département de l'Essonne fait partie de cette deuxième catégorie, les centres et les professionnels de santé ayant parfois des avis divergents entre eux, mais l'orientation majoritairement présentée à la mission de l'IGAS était de laisser cette activité aux services hospitaliers.

Les restructurations hospitalières ont eu pour conséquence de rendre difficile le maintien dans le département et surtout dans la partie du territoire relevant de la maternité d'Evry d'un réseau qui fonctionne pour l'accueil des femmes qui demandent une IVG. Compte tenu des listes d'attente importantes, les médecins consacrent une partie non négligeable de leur temps de consultation, pour la partie relative à l'IVG, à trouver un centre qui accueille les femmes qui demandent une IVG.

2.4 **L'information sexuelle à l'école**

Les séances collectives en milieu scolaire sont destinées en priorité aux classes de 4^{ème} et 3^{ème} des collèges publics, en lien avec l'infirmière scolaire et l'équipe éducative (80% des collèges reçoivent cette information, par les conseillères conjugales et les médecins de PMI, directement ou par l'intermédiaire du bus du MFPP subventionné par le département « info bus »).

Un comité de coordination a été mis en place depuis 2002 au siège des services du département ; il rassemble les services de planification du département, les professionnels de la CRAMIF, de la santé scolaire, de l'INES (centre de promotion de la santé), du MFPP.

Il a pour objectif de définir des axes de travail en commun à partir des priorités dégagées par le département en matière d'information sexuelle des jeunes.

Les problématiques sont liées à la sociologie du département, aux questions de mixité et de violence. En liaison avec les axes dégagés par le comité de coordination partenarial, la stratégie d'intervention en direction des jeunes a intégré un contexte sociologique nouveau. Elle a modifié la nature de l'information donnée, et s'est orientée vers une information plus ciblée vers les problématiques de violence, de mixité et de relations entre les filles et les garçons. Les thématiques abordées ont ainsi évolué. Elles s'orientent davantage vers la prise en compte de thématiques nouvelles, en particulier à la demande des collèges : violences,

sexisme, relations filles garçons dans les classes de 4^{ème} inspirée d'un programme pilote Canadien «Virage», axé sur la lutte contre la violence et pour le respect de l'autre, l'information sexuelle étant réservée aux classes de 3^{ème}.

En 2005, 73 des 97 collèges publics du département avaient bénéficié de ces actions.

En 2004, 734 interventions collectives avaient bénéficié à 14 135 élèves. Des actions sont également menées dans les foyers de la protection judiciaire de la jeunesse, ou dans le cadre d'actions spécifiques à la demande des enseignants comme le fait le centre de planification hospitalier de Corbeil encore conventionné avec le département.

Des actions d'information sont également menées par le personnel dans les centres de planification eux mêmes, pour faire connaître leur activité aux élèves et les services ou l'aide qu'ils peuvent apporter, par le médecin et la conseillère conjugale et familiale, en présence de l'infirmière scolaire.

2.5 Les actions de partenariats

A partir des partenariats préexistant, et du comité de coordination partenarial, une répartition a été organisée entre les partenaires selon les territoires couverts par les MDS.

Une action d'information pilote « INFO BUS » menée dans les collèges a été lancée par le MFPPF, en partenariat avec le département, l'éducation nationale, l'INPES et l'école des parents, le bus ayant été financé par la RATP. Les établissements scolaires sont sélectionnés en fonction des territoires et l'intervention, sur la base d'une exposition relative à ces thématiques et située dans l' « INFO BUS » a lieu à la demande de l'établissement. L'organisation de cette action d'information est menée en concertation avec l'administration scolaire, l'équipe éducative et les professionnels de la santé scolaire, avec un groupe de garçons et un groupe de filles de 4^{ème}, puis sur la base d'un bilan mené avec l'ensemble de la classe. Cette action, unique en France, permet, selon ses promoteurs, une plus grande implication de l'équipe éducative et une plus grande visibilité de l'action.

D'autres actions collectives sont régulièrement conduites comme l'expérience menée à Grigny avec l'Education nationale, la CAF et les collégiens, sur la thématique des relations filles – garçons, ou comme les actions menées par le centre de planification hospitalier de Corbeil et les associations de quartier, ou les actions contre l'excision menées avec le Groupement d'action contre les mutilations sexuelles (GAMS).

Le nouveau service en charge des données épidémiologiques pourrait également se saisir des données sur la file active des CEPF, en dresser une typologie et en tirer les conséquences sanitaires : évolution des grossesses précoces, par exemple, ou distribution de la contraception d'urgence

Les activités menées en réseau, comme le réseau de périnatalité, pourraient utilement inclure les activités d'IVG en partenariat avec les hôpitaux, le secteur privé et les associations.

Troisième partie : les activités de protection maternelle

L'évolution de la protection maternelle en Essonne est difficile à mesurer parce que de nombreuses consultations sont « mixte » : prénatales, postnatales et planification. Plus encore que le secteur des enfants, la protection maternelle a subi les répercussions des changements du dispositif sanitaire, en raison principalement des restructurations hospitalières et du raccourcissement du séjour en maternité. Le département s'est également efforcé de suivre les évolutions sociologiques du département, avec en particulier le développement du phénomène des femmes isolées, en situation irrégulière, hébergées dans d'autres familles ou en hôtel, en situation de chômage ou de précarité). Il a développé des partenariats, et s'est orienté vers le soutien à la parentalité et l'accompagnement des familles. .

Le pourcentage de femmes suivies par la PMI par rapport aux femmes enceintes domiciliées dans le département s'établirait, d'après les réponses au questionnaire de l'IGAS, entre 12 et 15%, fraction dont l'essentiel serait suivie à domicile (environ 10%).

3.1 L'activité des centres et les visites à domicile

Il ressort du rapport d'activité du service que " le nombre de consultations en protection maternelle et en planification familiale diminue par manque de médecin pour les assurer". Les centres (par exemple, Grigny La Grande Borne, Corbeil ou les Tarterets) proposent en un même lieu les consultations prénatales et les consultations de planification , les femmes se trouvant dans la même salle d'attente et auprès des mêmes médecins ou sage-femmes. Les rendez-vous sont à un voire deux mois et les consultations durent en moyenne 25 minutes. Le suivi, spécialement à domicile, est de plus en plus concentré sur les femmes en situation médico-sociale difficile, en lien avec l'hôpital ou un service social ou encore sur la base de l'analyse des avis de grossesse par le service de PMI : mineures, femmes en situation irrégulière cumulant des problèmes sociaux et médicaux. 50% du suivi médical en consultation est concentré sur 4 MDS.

Les centres mènent des actions collectives : information, préparation à l'accouchement, groupes de paroles. Ces derniers qui jouent un rôle de soutien à la parentalité tendent à se développer et la DPMI a mis en place un groupe de travail pour y réfléchir. En 2004 le service a organisé une formation du personnel des MDS à l'application du dispositif départemental en faveur des personnes particulièrement vulnérables.

	1990	2002	2003	2004
Naissances INSEE	16 555	16 595	17 162	16 927
Nombre de centres réalisant des consultations prénatales	20	32	32	32
Nombre de séances de consultation prénatale	1198	2764 mixtes PM/PL	2998 mixtes	2931 mixtes
Nombre de femmes vues en consultation	9445 (yc à l'hôpital d'Orsay)	4774	5272	5024
Nombre de visites à domicile	5055	5578	6225	5072
Nombre de femmes suivies à domicile	834	1670	2049	1708
Nombre de séances d'actions collectives		225	226	261
Nombre de femmes ayant participé à des séances de préparation à l'accouchement		1288 au centre	983 au centre	1030

Source : service de PMI du département de l'Essonne

Les consultations dans les centres sont ouvertes à toute la population, mais sont en réalité fréquentées principalement par les femmes des quartiers où ces centres sont implantés, c'est-à-dire des quartiers défavorisés. Le médecin gynécologue de PMI rencontré par la mission assure lors de ses consultations au centre de Corbeil quelques suivis de grossesses : cela représente 25 % de son activité, le reste étant de la planification. Sa clientèle est essentiellement constituée de femmes en situation de précarité, de femmes en difficulté psychosociale, qui recherchent des consultations de proximité en attente d'un suivi à la maternité.

Deux consultations expérimentales de sages-femmes ont été mises en place en centre de protection maternelle. Cette expérience, jugée très positive sera étendue à l'ensemble du territoire en 2006. La mise en place de l'entretien du 4^{ème} mois dans le cadre du plan périnatalité devrait leur permettre en outre de soutenir et orienter les femmes en difficulté psychosociale. Il est prévu trois recrutements pour que toutes les sages femmes assurent l'entretien du 4^{ème} mois et des consultations de PMI.

3.2 La protection maternelle dans le département de l'Essonne

La protection maternelle dans le département de l'Essonne passe largement par la VAD. Elle constitue l'essentiel de l'activité des sages-femmes de secteur ; En 2005, les VAD représentaient pour chacune 13 heures de travail par semaine, auprès de 11 femmes, avec en moyenne 1,9 visites par femme suivie. A l'exclusion des visites uniques, le nombre moyen de visites était de 4 en 2000 (5 lors des enquêtes antérieures) . Il faut de plus ajouter le temps de travail administratif qui en découle ;

Les sages femmes suivent des " femmes qui nécessitent une attention particulière" : femmes enceintes de moins de vingt ans (25 % des grossesses des moins de 20 ans sont suivies par la PMI, d'après l'enquête 2000), situation psychosociale précaire, grossesses particulièrement difficiles, femmes en situation irrégulière). Une enquête de la PMI en 2000 révèle que l'origine de l'information à la sage-femme est pour partie partenariale : 38% vient de l'hôpital, 15% de la médecine de ville, le reste vient essentiellement des centres de PMI et du tri mensuel des avis de grossesse. Les motifs sociaux seuls ou associés aux motifs médicaux (difficultés financières ou d'hébergement) sont présents dans 67% des cas, pour le reste il s'agit d'un motif médical seul (qui est essentiellement la menace d'accouchement prématuré).

3.3 L'articulation avec l'hôpital

Un passage systématique des sages femmes et des puéricultrices dans les maternités a été mis en place. Alors que pour les activités postnatales, le partenariat avec la maternité d'Evry s'est bien organisé, pour les activités prénatales, la situation est plus tendue, même si l'hôpital est une source importante d'informations pour orienter les VAD. En fait, depuis 2003, l'hôpital d'Evry, maternité de niveau 3, est la seule maternité publique (autour de 3200 accouchements). Il a repris l'activité de l'hôpital de Corbeil, qui était une grosse maternité de

niveau 2 (1000 accouchements), et il est difficile de trouver une place dans cette maternité publique⁷.

La responsable du centre de néonatalogie de l'hôpital d'Evry s'efforce d'impulser la mise en place d'un réseau périnatal. La DPMI s'est engagée dans la mise en place de réseaux périnataux médico-psycho-sociaux autour du centre hospitalier sud-francilien et du centre hospitalier d'Arpajon. Se pose aussi un problème de prise en charge des femmes ayant des conduites addictives qui requièrent un suivi médical intensif et dont la durée de séjour est parfois, pour cette raison, plus longue..

Dans la mesure où les femmes suivies sont celles qui en ont le plus besoin à cause de leurs difficultés sociales, ce qui semble être le cas, ce suivi revêt un intérêt majeur pour la santé publique. Mais il requiert un réel partenariat avec les maternités. Le problème le plus préoccupant devient la question des places en maternité et du suivi suffisant par les équipes de maternité. Or un nombre, semble-t-il, croissant de femmes arrive en urgence à la maternité pour y accoucher sans y avoir été inscrites.

⁷ Est cité le cas d'une femme sans papiers pour laquelle seule une place en clinique a été trouvée : la somme qu'elle devra déboursier pour le supplément d'honoraires devra être payée sur le budget du département

Quatrième Partie : Le protection infantile

4.1 Les activités de protection infantile

Les priorités dégagées par la direction de l'enfance portent sur la prévention en direction des enfants de 0 à 3 ans. A l'intérieur de cette catégorie, le département a fixé une orientation prioritaire en direction des enfants moins d'un an, dans un but de prévention précoce. La visite à domicile (VAD) est considérée comme présentant un intérêt majeur de ce point de vue, bien qu'elle ne constitue, en protection infantile, qu'une modalité minoritaire d'intervention, l'essentiel étant constitué par l'accueil et les consultations des enfants dans les centres de PMI.

Le schéma de l'enfance 2005-2010 mentionne la nécessité de renforcer les actions de prévention pour pallier l'insuffisance des soins, les troubles précoces de la relation et les difficultés éducatives.

Les données démographiques du département sont caractérisées par un nombre important de naissances, plus de 17 000, dont 102 000 enfants de moins de 6 ans en 2004, et 84 000 a moins de 4 ans.

Le suivi des enfants de zéro à trois mois est une des deux priorités de la stratégie de PMI du département. *Les normes sont largement respectées concernant le nombre de demi-journées hebdomadaires de consultation infantile (2,2 en 2004), ou de puéricultrices (1,70 pour 250 enfants).*

L'activité d'accueil, de consultation infantile et d'actions collectives dans les centres de PMI représente la moitié de l'activité des personnels de PMI sur les territoires, soit l'équivalent de 150 ETP.

Le nombre de centres de PMI effectuant des consultations infantiles est passé de 76 en 1990, (avec deux unités de PMI mobile sous forme de camion) à 64 en 2004 avec trois camions. La fermeture de quinze centres peu fréquentés ou faisant double emploi avec une autre structure, et l'ouverture de trois nouveaux centres de protection infantile permet une meilleure adéquation aux besoins de populations plus en plus en difficulté. La départementalisation tardive de ces activités a sans doute renforcé cette logique de territoire en permettant de mieux prendre en compte les évolutions les plus récentes de la population et de l'occupation du territoire.

Cette tendance n'est pas encore aboutie et on relève encore certaines disparités.⁸

⁸ Grigny, 700 naissances, 2 700 enfants suivis pour une population de 25 000 habitants deux centres de PMI, 17 consultations de protection infantile par semaine, et ouverture prochaine d'un troisième centre pour 4 consultations par semaine.

Verrière le Buisson, 167 naissances, un centre de protection infantile avec une consultation et demie par semaine

	1990	2002	2003	2004
Nombre de centres de PMI effectuant des consultations infantiles	76 + 2 camions (dress 1991/ 281)	67 + 3 camions	67 + 3 camions	64 + 3 camions
Nombre de consultations infantiles effectuées par demi journées/an (médecin)	10 060	9 997	10 094	10 198
Nombre d'enfants vus en centres de PMI	102 152	131 954	136 332	136 911
Taux d'enfants vus par rapport à la classe d'âge	33%			40 %

Source : service de PMI du département de l'Essonne

Le bilan du schéma départemental de l'enfance précédent indique qu'au total 60 à 64% des enfants sont, avant leur 3 mois, vus par les services de PMI, et 46 % sont suivis à la consultation jusqu'à un an avec des différences importantes selon les territoires (près de 100% à Grigny).

Plus de 2500 bébés ont été suivis et 53 000 entretiens ont été réalisés exclusivement par les infirmières et les puéricultrices en centres de PMI pour une pesée, des conseils d'allaitement, ou en soutien relationnel.

La promotion de la santé de l'enfant représente la partie la plus importante de l'activité de la PMI.

4.2 Les modalités du suivi des enfants et des familles

4.2.1 L'accueil et les consultations infantiles

Quatre axes orientent la stratégie d'accueil et de consultation du département de l'Essonne, à partir des certificats de santé du 8^{ème} jour : les suivis de grossesse comportant moins de sept consultations prénatales, et les mères âgées de moins de 20 ans. Les naissances prématurées et les enfants de poids de naissance inférieur à 2,500 kg, tout en ne constituant pas des signes de précarité, sont également utilisés comme des signaux d'alerte nécessitant une vigilance particulière.

Par rapport aux données de l'Ile-de-France et de la France métropolitaine, ces données sont comparables en moyenne avec les taux régionaux et nationaux, mais avec de grandes différences selon les territoires.

Les mauvais indicateurs de santé se retrouvent surtout dans les zones identifiées comme étant particulièrement sujettes à la précarité, relevant des territoires des MDS de Evry, Grigny et Corbeil Essonne. L'accueil et l'accompagnement dans les centres de PMI y recouvrent une importance particulière: à Grigny, sur 11 700 personnes reçues en 2005 dans les deux centres de PMI, 10 300 viennent pour l'offre relative à la protection infantile.

La gestion de l'accueil occupe dans ces sites (Grigny ou Corbeil par exemple) une personne à temps plein (secrétaire ou puéricultrice) pour la prise en charge des appels téléphoniques ; une possibilité d'accueil physique hors rendez vous est également organisée en consultation de pédiatrie ou de gynécologie dans des proportions non négligeables : en effet, dans la mesure où, dans ces deux centres, 25% des familles sont non francophones., l'obstacle éventuel constitué par la prise de rendez-vous pour une consultation n'existe plus.

Le département a développé une politique de l'accueil reposant sur une approche multidisciplinaire et destinée à anticiper et détecter des difficultés spécifiques dans la relation parentale. La mise en place de cet accueil et les permanences de puéricultrices dans les centres de PMI permettent d'assurer un service complémentaire ou substitutif à la visite à domicile lorsque celle-ci ne peut être mise en place (en 2005, sur les 11 000 nouveaux nés, 3 500 ont été vus avec leurs parents dans les centres de PMI par la seule puéricultrice). L'accueil est un lieu privilégié pour l'accompagnement des parents, par les puéricultrices infirmières éducatrices de jeunes enfants, éventuellement avec un temps de psychologue et la présence d'associations spécialisées (activités ludiques, lecture).

Les modalités de travail des puéricultrices sont bien définies dans les centres visités par la mission.

Les délais d'attente pour les consultations sont peu importants pour les rendez-vous avec les puéricultrices (immédiat à une semaine), rapide avec les médecins pour les nouveaux nés, mais peuvent atteindre un à deux mois pour les autres consultations.

Cette situation s'explique notamment par la durée de consultation (26 minutes en moyenne), et dans certains centres une demande forte et un taux de couverture de la population des enfants important par rapport au personnel disponible.

En moyenne, il est prévu 11 rendez-vous pour une consultation le matin, 12 l'après midi avec une souplesse pour les enfants posant problème⁹.

Même si le département souhaite privilégier l'accueil des 0-3 mois, il peut arriver (c'est ce que la mission a constaté à Grigny) que des consultations soient proposées aux familles jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de un an voire deux ans ou plus (trois consultations de 1 à 2 ans, deux par an au dessus de deux ans) En règle générale, le suivi s'arrête à partir de l'âge de 2 ans, le relai étant pris d'une part par les médecins du secteur et par les bilans en école maternelle, mais avec parfois un taux de déperdition important dans le suivi dans les territoires difficiles.

L'importance de la proportion de familles suivies en domicile pour ces activités postnatales (58%) est un bon indicateur de l'activité de la protection infantile.

4.2.2. Les visites à domicile

Le questionnaire rempli par le service de PMI du département pour la mission indique que 45% des familles sont suivies à domicile après la naissance de l'enfant.

Les VAD sont assurées par les 97 puéricultrices (en ETP) avec en moyenne 1,5 visites par famille.

4.2.2.1. La procédure de suivi des familles

L'objectif essentiel consiste à assurer au mieux le suivi des enfants et le soutien à la parentalité en se rendant au domicile des familles les plus vulnérables notamment auprès des nouveau-nés et au cours de la 1^{ère} année.

⁹ En moyenne 2 enfants ne viennent pas au rendez-vous prévu pour la consultation ;

L'essentiel de la visite à domicile est dédié à la prévention primaire. Pour les nouveau-nés et enfants de moins d'un an, la procédure qui déclenche un suivi à domicile par la PMI est la suivante :

- les puéricultrices passent dans toutes les maternités du département ainsi que, pour des raisons de proximité, à Villeneuve Saint Georges et à Clamart
- le service est averti des naissances domiciliées par les services d'état civil
- sur la base des certificats de santé du 8^{ème} jour qui sont traités immédiatement par l'unité épidémiologique de la PMI, les puéricultrices sont informées très vite de l'existence d'un critère d'appel, ce qui déclenche " une information naissance". Dans 40% des cas cette information est déjà connue, car elle a pu être donnée par la sage-femme de PMI ou l'hôpital ou par la puéricultrice lors de son passage à l'hôpital.

Les critères d'appel élaborés par la PMI du département de l'Essonne ¹⁰ sont au nombre d'une vingtaine, de nature sociale ou sanitaire et concernent la mère et/ou l'enfant (exemple : naissances multiples, poids inférieur à 1500 grammes, anomalie congénitale, grossesse mal suivie, mère parent isolé, sans profession...).

Une autre source de déclenchement des visites est l'appartenance à un partenariat. A l'hôpital d'Évry, le chef du service de néonatalogie et de pédiatrie a mis en place un réseau de suivi des enfants prématurés qui fonctionne depuis le 1^{er} janvier 2005 (autour de 200 nouveaux enfants par an à suivre jusqu'au CP : prématurés de moins de 30 semaines, de moins de 1500 grammes, malformations, problèmes de relation mère-enfants). Pour l'instant seule l'articulation avec les pédiatres pilotes libéraux fonctionne mais une convention va être signée avec le département. L'hôpital est en train de mettre en place un dossier informatisé.

4.2.2.2. *Le rôle de la localisation géographique des familles*

La localisation géographique des familles, liée aux caractéristiques socio-économiques, joue un rôle important. Les trois sites de Grigny, Évry et Corbeil connaissent des difficultés médicales et sociales particulièrement importantes, c'est pourquoi le taux de puéricultrices de secteurs y est le plus élevé.

Grigny cumule les taux les plus élevés de petits poids de naissance et de mères de moins de vingt ans et d'enfants de moins de six ans dans les familles bénéficiaires de minima sociaux

Le taux d'enfants à risque suivis par les puéricultrices, et d'enfants de moins d'un an suivis en protection infantile dépasse les 100 % (en comptant les enfants dans des situations d'hébergement, notamment en situation irrégulière).

4.2.2.3. *Le suivi des visites à domicile*

Le devenir du suivi a été évalué aux trois mois de l'enfant. À cette date, 58 % des suivis avaient cessé. Pour les suivis qui se poursuivaient au-delà de trois mois, le projet était un suivi en centre pour 71 % des enfants, en secteur pour 8 % et en mixte (au centre et en VAD) pour 21 %.

¹⁰ Voir en annexe

Une étude réalisée sur les retours d'information de naissance des années 2002 à 2004 montre que plus d'une fois sur deux l'enfant vu est un premier enfant. Le petit poids de naissance ou la prématurité est bien un motif de visite pour 25 % des enfants. La visite permet souvent de découvrir des difficultés socio-économiques, des problèmes médicaux, des difficultés au sein de la fratrie et effectuer un soutien psychologique. Dans 21 % des cas, un problème d'allaitement a motivé la visite ou s'est révélée au cours de la visite. L'étude révèle aussi que les conseils de puériculture et les informations sur les modes d'accueil des enfants donnés lors de la visite répondent à un besoin réel. Dans certains cas, la puéricultrice est amenée à ouvrir un "dossier vert" qui déclenche une vigilance particulière et un éventuel signalement à l'ASE (une douzaine par an et par puéricultrice). Il a même pu arriver qu'à la suite d'une visite qu'un enfant soit placé dans la journée

Les visites à domicile dans certaines catégories de domiciles (dans les hôtels maternels ou dans les structures d'hébergement comme les hôtels ou squatts), en lien ou non avec l'ASE s'avèrent moins développées ou plus délicates à mettre en œuvre.

4.3 Les actions de partenariat

La réorganisation des services de PMI n'a pas contribué à favoriser l'insertion dans les différents réseaux de partenariat, informels ou formels.

Les réseaux Ville-hôpital sont encore peu développés, sauf avec le centre médico-social d'Evry, et s'articulent plutôt sur le futur réseau périnatalité.

Le réseau cité supra avec la maternité d'Evry est surtout ciblé sur les enfants relevant du service de néonatalogie. Avec les maternités publiques et aussi privées, et même si les services de PMI sont impliqués, on peut à ce stade évoquer plutôt des relations de travail, comme la participation aux staffs hebdomadaire de pédiatrie et d'obstétrique dans les maternités ou les passages systématiques des puéricultrices, que de véritables relations de partenariats. La constitution du réseau « périnat » devrait améliorer cette situation avec les répercussions sur le suivi des enfants.

En revanche, on peut citer le travail mené avec le secteur psychiatrique, et notamment la consultation conjointe de protection infantile sur le secteur d'Evry, les relations avec les établissements d'accueil des jeunes enfants ou les actions menées avec les CAF en direction des jeunes mères, comme « la farandole ou la « récré » .

Le partenariat avec la psychiatrie est particulièrement étroit à Grigny, où il existe depuis 20 ans. L'implantation des deux responsables des deux services, PMI et CMP, a largement facilité ce travail en commun, et a permis notamment que ce travail institutionnel se poursuive dans le cadre des actions associatives d'accueil de « Farandole » ; les médecins de la PMI rencontrent les équipes du CMP, ce qui leur permet notamment d'évoquer, avec l'accord des familles, des situations qui leur posent problème, soit à la PMI, soit lors des bilans à l'école maternelle.

L'action menée en partenariat notamment entre le CMP, la PMI, l'Education nationale et l'association « Farandole » permet aussi aux mêmes équipes d'aborder les familles de manière différente et d'engager des actions de prévention et de soutien des familles. Elle se poursuit dans le cadre de la maison « petite enfance » de Grigny avec une participation du CMP à un travail d'accueil avec les familles pour essayer de renforcer, avec des actions de prévention diversifiées, l'implication de ces familles dans la prise en charge des difficultés des enfants.

4.4 Les autres actions collectives

C'est dans le secteur postnatal que les actions collectives menées par le département sont les plus développées.

Le département contribue financièrement au fonctionnement de crèches adaptées aux horaires de travail atypique des parents, aux populations en particulière précarité ou en errance, et souhaite développer une crèche préventive pour les enfants des parents en particulière difficulté. Les lieux d'accueil enfants-parents, en PMI sont des lieux de prévention qui accueillent des enfants pour étayer la relation parents enfants ou pour favoriser la transition vers l'école maternelle. Indépendants de la consultation médicale, anonymes et gratuits, ils peuvent aussi être mis en œuvre par les CMP.

Co-financés par des partenaires variés (PMI, éducation nationale, municipalités), ils peuvent être gérés par des partenaires associatifs.

Dans ces lieux de rencontre comme ceux de Grigny ou la Grande Borne, ils permettent notamment aux mères de mieux gérer la transition entre la PMI, l'enfermement à domicile et la scolarisation.

4.5 Le suivi médical des enfants de l'aide sociale à l'enfance

La PMI est compétente pour le suivi médical des enfants de l'aide sociale à l'enfance (ASE) jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de 18 ans.

S'appuyant sur la littérature sur le sujet et les données épidémiologiques, constatant que l'état de santé des enfants de l'ASE était moins bon que celui des enfants de la population générale, le département de l'Essonne a opté depuis 2002 pour un suivi médical régulier et spécifique de cette catégorie d'enfants.

4.5.1 La mise en place d'un dispositif spécifique

Dans un premier temps, le dispositif est prévu pour les seuls enfants confiés à une assistante familiale, mais pas aux enfants placés dans les établissements de l'enfance. Contrairement à d'autres départements comme Paris qui ont choisi de privilégier un suivi sanitaire exercé par le droit commun de la médecine de ville, un suivi spécifique a été décidé en 2002, sur la base d'un protocole rédigé par la direction de la PMI pour les enfants confiés à une assistante familiale, de 0 à 18 ans, depuis la mise en œuvre du programme.

Pour les enfants de moins de 7 ans, le suivi médical relève des mêmes modalités que les autres enfants, mais poursuivi jusqu'à l'âge de 7 ans ; il s'agit d'un suivi médical de prévention, dans le centre de PMI relevant du domicile des parents, de préférence en présence des parents et par un médecin du département.

En revanche, un bilan annuel est effectué pour les enfants de 7 à 10 ans par le médecin référent, en présence des parents, au centre de PMI ou à la MDS. Une infirmière du département est chargée, pour les plus de 10 ans, d'un entretien confidentiel centré sur la problématique santé de l'adolescent, l'avis du médecin pouvant être requis si nécessaire.

Ce programme concerne potentiellement 660 enfants placés chez les assistantes familiales, depuis la mise en œuvre du programme, sur un total de 900 enfants placés dans le département.

Le dispositif a fait l'objet d'une évaluation sur les trois dernières années, portant sur 80 enfants sur les 557 enfants ayant fait l'objet de ce suivi.

4.5.2 Le bilan du dispositif

L'analyse tirée de cette évaluation montre la pertinence de ce dispositif de suivi médical, puisque en dépit de la non représentativité de l'échantillon, 58 % ces enfants (84 % de moins de 5 ans, 39 % de moins d'un an), avaient eu tous les examens du carnet de santé, 10% avaient un retard vaccinal, 42% avaient une pathologie qui a été découverte lors de l'examen pour 25 % d'entre eux. Une partie non négligeable de ces enfants (38%) a été hospitalisée en période néonatale et souffre de pathologies attachées à ces difficultés néonatales. Cependant, l'enquête montre que la visite médicale a permis de recadrer la prévention et le suivi médical.

Le département a l'intention d'améliorer le dispositif (questionnaire pour l'entretien avec les adolescents de 10 à 18 ans, information des professionnels), ce qui permettra ainsi un réel travail de prévention et de suivi de cette catégorie d'enfants et de jeunes .

Cinquième Partie : les bilans de santé en école maternelle

Dans l'Essonne, comme dans les autres départements étudiés, les enfants bénéficient au cours de leur quatrième année d'un bilan de santé en école maternelle.

5.1 La place de ce bilan de santé dans les orientations stratégiques et les activités de la PMI en Essonne

Les questions d'organisation des actions de prévention sanitaire (et donc au sein de celles ci des bilans en école maternelle) sont très peu abordées dans les documents de schéma de l'enfance et des familles, que ce soit dans le bilan des réalisations du schéma 1999-2004 ou dans les orientations du schéma 2005-2010. En revanche le rapport au Président du conseil général sur « les priorités du service de PMI et le projet de départementalisation des centres de PMI et de planification » présenté à la séance de la commission action sociale, logement, vie urbaine du 12 juin 1997 comporte des indications les orientations et les réalisations du service dans ce domaine.

Il serait utile de définir annuellement des objectifs en terme de performance et d'impact, qui fixeraient par exemple le % de la classe d'âge couverte, le % de déficiences dépistées etc.. ou de qualité de service.

Les bilans de santé en école maternelle ne peuvent s'apprécier indépendamment des actions d'accompagnement post natales et du suivi de la santé des enfants. Dans certains cas elle va prolonger une intervention déjà engagée à travers les consultations et les VAD. Elle est particulièrement utile dans un contexte où les interventions de la PMI sont moins fréquentes sur les enfants après l'âge de deux ans et demi. Le bilan joue aussi un rôle de rattrapage pour des enfants qui n'ont pas été suivis par la PMI.

5.2 Les modalités d'organisation

Le protocole de ces interventions, datant de 1989, a été actualisé en 1996.

Les bilans concernent les enfants de trois/quatre ans c'est à dire les enfants nés dans une même année civile quelque soit leur section à l'école maternelle. L'objectif est que tous les enfants soient examinés vers 3ans et demi, c'est-à-dire à un moment encore opportun pour entreprendre la correction d'éventuel handicap et pas trop proche du bilan effectué par la médecine scolaire à l'entrée du cours préparatoire. En théorie tous les enfants sont concernés mais dans la pratique, un nombre non négligeable d'enfants n'en bénéficie pas pour tout ou partie. En effet dans certains cas, en l'absence de médecins, les enfants qui présentent des handicaps et sont en difficulté sont signalés par l'infirmière ou la puéricultrice qui fait le dépistage.

Selon la procédure, préalablement à la réalisation des bilans, des contacts doivent être établis notamment mais pas seulement en début d'année scolaire avec les directions d'école et les enseignants. Des réunions sont organisés avec les enseignants avant ou après que leur classe ait bénéficié du bilan. Cette procédure est destinée à permettre d'effectuer le repérage d'enfants en difficulté. Les parents doivent être informés et reçoivent une convocation.

5.3 Les différentes étapes du bilan

La réalisation du bilan effectué à l'école est organisé en plusieurs étapes :

- le dépistage visuel et auditif : il est effectué, en dehors de la présence des parents à l'école par petits groupes par une infirmière ou une puéricultrice . Le dépistage visuel et auditif est réalisé à l'école le plus souvent par l'infirmière ; il est proposé dans toutes les écoles publiques et privées du département les parents sont prévenus du passage. Dans la pratique, l'équipe de PMI s'installe dans une école pendant un mois.
- l'entretien avec les parents : il est effectué comme l'examen de l'enfant par un médecin avec une puéricultrice et porte notamment sur le mode de garde, les antécédents familiaux et personnels de l'enfant, les problèmes de santé, les questions d'adaptation à l'école, de nutrition etc..
- l'examen de l'enfant : l'examen effectué en présence des parents porte en particulier sur le développement psychomoteur et la qualité du contact avec l'adulte (pour apprécier les capacités de développement de l'enfant).Il comporte un examen général complet avec prise de la tension artérielle, examen de la dentition mais aussi repérage de l'obésité. Le dépistage des troubles du langage se fait avec l'utilisation du test ERTL 4.
- les suites à donner : en cas de dépistage de difficultés, le suivi est organisé avec les parents ; le médecin traitant est prévenu par courrier des conditions de suivi ou des prises en charge souhaitées qui elles-mêmes font l'objet d'un suivi par les équipes. Selon les informations recueillies par la mission, la prise en charge est bien assurée s'agissant des difficultés visuelles ou auditives du fait notamment de l'implication des parents. Elle souvent rendu délicate par la pénurie de personnels spécialisés (orthophoniste), ou les difficultés d'accès en pédopsychiatrie (délais de plusieurs mois) ou l'absence de prise en charge par l'assurance maladie de certaines interventions (psychomotriciens). Les actions de partenariat menées notamment avec le CMP de Grigny par exemple prennent ainsi tout leur sens.

5.4 Les ressources affectées aux bilans de santé

Les moyens utilisés sont dimensionnés à partir d'une référence qui est de 4 heures par semaine en période scolaire pour traiter 120 à 140 enfants. La réalisation d'un bilan consomme 20 minutes de temps médical pour l'entretien avec les parents et l'examen de l'enfant et 1 heure de temps paramédical (réalisation du dépistage sensoriel et présence avec le médecin). Dans le département de l'Essonne ce sont les médecins de PMI qui effectuent les bilans à l'exclusion de tout vacataire. Les moyens effectivement consacrés à cette activité sont difficiles à appréhender avec précision en l'absence d'un système d'information permettant de suivre l'activité des personnels. Toutefois comme cela a déjà été évoqué, une étude sur l'activité des puéricultrices, des infirmières et des sages femmes a été réalisée en 2003. Elle fait apparaître que les 101 puéricultrices (sur 102 en postes) ont consacré aux alentours de 3 % de leur temps de travail aux bilans : pour une très large part (72%) il s'agit d'activités de consultation.. Pour les 29 infirmières, les bilans ont représenté 21 % de leur temps de travail. Au total et hors temps des médecins, la ressource affectée aux bilans serait proche de 10 ETP annuel.

Les relations avec l'Education nationale s'organisent d'abord au niveau local car au niveau du département dans son ensemble, le partenariat est peu institutionnalisé. Il n'y a pas de convention ni d'organisation de rencontres régulières en l'absence de convention dans son semble il y a une réunion systématique à chaque rentrée scolaire entre le médecin de secteur

et le médecin scolaire. Ces contacts ainsi que ceux qui interviennent dans le cadre des relations personnelles entre médecins ou entre les infirmières scolaires et les puéricultrices permettent la transmission des dossiers.

5.5 Les résultats de l'activité des bilans de santé

Comme dans les autres départements étudiés le système d'information ne fournit pas d'information en routine sur les activités. Mais les services ont effectué en 2005, une étude sur les bilans de santé en école maternelle réalisés en 2002-2003 (enfants nés en 1999), ont été analysés.

Pendant l'année scolaire 2002-2003, les bilans ont concerné 12 213 enfants soit 72 % de la classe d'âge. C'est ainsi plus du quart d'une classe d'âge qui ne bénéficie pas du bilan. Cela traduit d'abord le fait qu'une trentaine d'écoles maternelles n'est pas couverte mais tient compte aussi des enfants absents à la date du bilan, soit environ 15% du total pour ces écoles. Cependant, Enfin, 48% des enfants ont été vus en visite médicale complète avec la présence d'un parent.

Respectivement, 11 829 (70,1%) et 11 951 enfants (70,9 %) ont bénéficié d'un dépistage visuel et d'un dépistage auditif. Les résultats sont loin d'être négligeables, car 10 à 20 % des enfants suivant les secteurs géographiques présentent des troubles sensoriels : en moyenne 4,7 % d'entre eux présentaient un retard de langage et 7,2% des troubles psychologiques ou du comportement. En outre, 8,5% des enfants présentaient une obésité ou un rebond précoce d'adiposité, facteur de risque d'obésité ultérieure.

Lorsque la situation le nécessite, l'enfant concerné est orienté avec ses parents vers le spécialiste compétent (ophtalmologue, ORL, orthophoniste, psychologue, nutritionniste). Les conditions de prise en charge ultérieure par ces professionnels sont suivies de manière précise au cas par cas mais en l'absence d'un système d'information qui pourrait intégrer des alertes, la qualité du suivi des suites données au bilan repose sur l'engagement des personnels

Sixième Partie: les modes de garde

6.1 La place de cette activité dans le schéma départemental et la stratégie du département

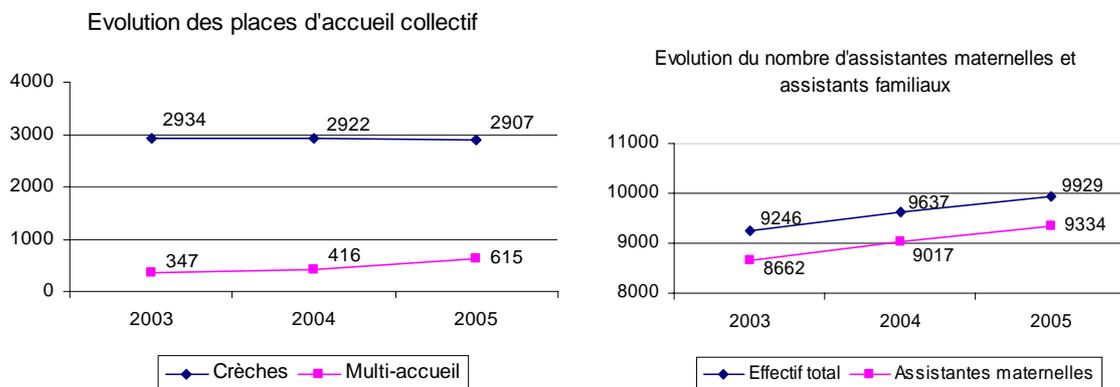
Le schéma départemental de l'enfance et des familles 2005 /2010 se donne pour objectif de développer et de diversifier les modes d'accueil de la petite enfance. Alors que plus de 80 % des femmes de 20 à 40 ans sont actives en Essonne, 26 000 enfants seulement - soit 51 % seulement des moins de trois ans - peuvent être accueillis chez une des 7000 assistantes maternelles ou dans un service ou établissement de la petite enfance"¹¹.

Le département s'engage à augmenter de 2000 places en cinq ans le nombre de places d'accueil en crèche et chez les assistantes maternelles, avec 200 places par an créées chez ces dernières. L'objectif consiste aussi à suivre les assistantes maternelles agréées indépendantes au-delà de la première année. L'agrément des nouvelles assistantes maternelles et leur suivi sur la seule première année nécessitera, à partir de 2005, 5 postes de puéricultrices supplémentaires. En outre, dans chaque MDS, une puéricultrice cadre de santé sera désignée comme référence pour les assistantes maternelles.

Par ailleurs, le schéma départemental prévoit de créer une crèche préventive : il s'agit d'une crèche familiale permettant d'accueillir « à la carte » des enfants de familles en difficulté parentale, sur le modèle des accueils « enfants présents » ; dotée de 40 places, elle sera située dans le centre du département (Grigny, Evry, Corbeil) pour desservir les zones situées en « Grands projets de Ville-GPV elle sera conçue de manière à être accessibles 24 heures sur 24 et 365 jours par an afin de répondre à des besoins d'accueil souples dont les horaires et la durée seront adaptés aux possibilités familiales.

6.2 La situation actuelle

Globalement, le nombre de places en accueil individuel ou collectif tend à augmenter. En 2005 677 places ont été créées soit une augmentation de 5,2%, dont 493 places supplémentaires chez les assistantes maternelles.



12

¹¹ schéma départemental

¹² rapport d'activité pour 2005

Par ailleurs le département apporte une aide financière importante, non obligatoire, au fonctionnement et à la création de places en accueil familial et collectif (9 millions € pour 2006)

6.3 L'organisation de l'activité au sein de la PMI

Au sein de la direction de la PMI, deux unités apportent leur soutien technique à cette activité :

- l'unité établissements petite enfance, avec 7,5 ETP : financement, soutien technique aux gestionnaires, autorisation et avis pour la création, la transformation des établissements et services d'accueil de la petite enfance, suivi du contrôle des structures
- l'unité des assistantes maternelles, avec 4,5 ETP : suivi de l'agrément, formation, contentieux, organisation du dispositif.

Ainsi en 2005, il a été procédé à :

- la refonte du contrat type des assistants maternels en partenariat avec les relais d'assistantes maternelles
- la mise en place d'une page Web destinée aux usagers (familles, candidats assistants maternels et familiaux)
- la désignation d'une puéricultrice référente des assistants maternels par MDS. Elle sera particulièrement chargée de l'information des nouveaux candidats, de l'analyse du suivi des nouveaux agréés, de la formation complémentaire,

La partie opérationnelle des activités est déconcentrée en maison départementale où elle mobilise une partie de l'activité des puéricultrices et infirmières (21ETP), puéricultrices cadres, 4 ETP), et des médecins.

Une réorganisation des évaluations des assistantes maternelles en vue de leur agrément est intervenue en 2003 : un tiers des agréments était dévolu aux services de PMI et deux tiers au service social. Désormais, ce sont les puéricultrices qui effectuent l'ensemble de ces tâches. Il a été créé en 2003 9 postes de puéricultrices pour les reprendre.

Ce changement d'organisation a été justifié par le fait que la procédure antérieure, répartie entre assistantes sociales et puéricultrices était *" peu lisible et conduisait à une forme de dilution des acquis nécessaires pour mener à bien une évaluation... d'autant que selon les territoires, cette tâche se présente couramment ou de façon plus irrégulière..."* Or *" Les puéricultrices sont à même de répondre aux préoccupations concrètes des assistantes maternelles au quotidien : organisation de l'espace, sécurité, rythmée adaptation de l'enfant selon son âge, alimentation."* Le suivi *" des nouvelles professionnelles apparaît comme fondamental. Il permet d'assurer un travail de prévention auprès des jeunes enfants et de médiation auprès des parents et des assistantes maternelles"* (note du service de PMI du département de l'Essonne).

6.4 L'agrément et le suivi des assistantes maternelles

L'activité de la PMI en matière d'assistantes maternelles est de plus en plus lourde et soulève quelques problèmes de fond quant au rôle de la PMI en général. A titre de comparaison, en 2005, les 587 établissements petite enfance recevant 3500 enfants ont donné lieu à 99 visites, versus près de 1500 visites d'assistantes maternelles (AM).

	2002	2003	2004
Nb d' AM		9246	9637
Nb d'AM agréés dans l'année	894	1003	1048
Nb de visites d'agrément par les puéricultrices	1937	2925	3973
Nb de visites de suivi	1024	1107	1471
Nb de retraits d'agrément	95	178	103
Nb de séances de formation d'AM	132	116	108
Nb d'Am formées	1462	1250	1318

Source : service de PMI du Département de l'Essonne

Ce tableau montre bien l'importance que prennent les visites à domicile (VAD) auprès des assistantes maternelles, ainsi que leur accélération depuis 2002/2003. L'activité « assistantes maternelles » occupe ainsi un minimum de 25,5 ETP (essentiellement puéricultrices), soit 8% du personnel de PMI du département.

La gestion des agréments et suivis est très consommatrice de temps administratif, pris sur le temps de travail des médecins et surtout des puéricultrices :

6.4.1 L'agrément

Il suppose des réunions d'information préalable destinées aux candidates, puis la séquence administrative habituelle : réception du dossier, demande de pièces complémentaires, examen du dossier, évaluation sur place, avec en moyenne 2 visites préalables. A la suite de ces évaluations, le médecin responsable des missions de PMI prenait la décision. Depuis mai 2006 c'est une puéricultrice cadre de santé qui, dans chaque MDS, est responsable de la décision. Les dossiers concernant des demandes qui posent problème passent en commission d'agrément. Une évaluation complémentaire peut être demandée. Tout avis défavorable de la commission d'agrément est transmis à une commission technique pour examen. Ensuite intervient la notification de la décision.

La PMI doit également traiter toutes les demandes de modification et de renouvellement d'agrément¹³. Une centaine de retraits d'agréments est prononcée chaque année.

Une étude de temps sur l'activité des puéricultrices a permis d'évaluer à 6 heures le temps nécessaire pour une évaluation d'agrément ou de renouvellement.

6.4.2 Le suivi

Le département s'efforce d'assurer un suivi la première année. S'il se fixait l'objectif d'une visite par an c'est-à-dire trois heures annuelles, l'effectif nécessaire à cette activité serait de 15 ETP supplémentaires. L'évaluation d'un suivi ou de modification d'agrément requiert 4 heures de travail pour une puéricultrice.

¹³ Le nombre de refus ou de retrait d'agrément est faible: 5 en 2004.

L'accompagnement des assistantes maternelles peut aussi s'appuyer sur les Relais assistantes maternelles (RAM), sur une base de volontariat.

6.4.3 La formation

Le département s'est investi dans la formation des assistantes maternelles. En 2004 elle a concerné 1318 assistantes maternelles. Le département a également proposé des formations complémentaires aux assistantes maternelles ayant plus de dix ans d'exercice. Cela concerné 3800 assistantes maternelles. 40.000 heures de formation ont été assurées en 2004. L'essentiel des formations est assuré par des organismes extérieurs. Les formations complémentaires sont réalisées par les professionnels de la PMI en interne.

Selon l'enquête de 2003 (statistiques exceptionnelles d'activité des puéricultrices, infirmières et sage femmes), la mission "assistantes maternelles" représente *21 % du temps de travail des puéricultrices (dont l'effectif en ETP est de 114)*.

- visite à domicile : environ 40 % du temps.
- rédaction : 35 %. Ce pourcentage a plus que doublé depuis 1994
- réunions : 8 %.Ce chiffre a diminué de plus de 50 % depuis 1994
- le reste se décompose en liaisons directes, liaisons téléphoniques, secrétariat, avec très peu de temps est alloué aux actions collectives (1 %).

Septième partie : appréciation générale de la mission

7.1 Les moyens mis au service de la politique de PMI du département

La réforme de l'organisation des services a conforté une organisation déjà bien structurée des services de PMI. Elle a abouti à un bon équilibre entre la prise en compte des spécificités de la mission de la PMI et l'exigence de transversalité avec les autres services du département au niveau territorial. Le fonctionnement de cet ensemble est performant notamment en raison des liens étroits entre les professionnels et leur engagement individuel. Mais les outils de pilotage et d'animation restent relativement pauvres. Il paraît souhaitable que le département entreprenne la préparation d'un schéma directeur spécifique à la PMI et qui pourrait donner lieu à une déclinaison annuelle sous forme d'objectifs opérationnels pour les MDS. Le développement d'un système d'information sur les activités paraît aussi nécessaire. Le pilotage des services gagnerait ainsi à reposer davantage sur un dialogue missions moyens entre le siège et les services territoriaux.

D'une manière générale, la mission de la PMI est mise en œuvre avec des ressources qui ont été renforcées et portées à un niveau important. C'est particulièrement vrai notamment s'agissant des ressources humaines. La politique de départementalisation a été un facteur de renforcement des compétences et de la cohérence d'action. La répartition de ces moyens a été organisée avec le souci de s'adapter à des besoins qui sont assez différents d'un territoire à l'autre.

L'effort important qui va être consacré désormais aux études épidémiologiques ne peut qu'être encouragé, car encore trop peu nombreux sont les départements qui se dotent d'unités épidémiologiques ; cette initiative permettra d'articuler plus efficacement la stratégie du département avec les analyses épidémiologiques ainsi menées.

7.2 Les activités d'information et de planification familiales

L'action de planification familiale est bien conçue et prend en compte la spécificité sociologique de certaines parties du département.

L'intensification des actions sur les jeunes, notamment dans les quartiers difficiles constitue un élément très positif de cette action d'information.

La localisation dans certains lieux très fréquentés par les jeunes, comme le centre commercial d'Evry, favorise à la fois la fréquentation (premier centre en terme de file active) et l'anonymat.

La disponibilité des professionnels conduit à être en deça des modalités prévues par les textes, pour les séances d'information dans les collèges, même si la couverture des collèges est bien assurée par rapport à l'objectif.

Sur ce point et par rapport au contexte départemental, la question de la démographie médicale et des difficultés de recrutement des conseillères conjugales et familiales se conjuguent pour rendre difficile une couverture des collèges plus étendue. Celles ci n'ont pas de statut et doivent être recrutées sur d'autres postes, comme des postes de secrétaires.

Il serait utile d'insérer pleinement la planification familiale dans la stratégie affichée du département, de prévoir dans un schéma départemental de la PMI, de lui donner toute sa place et de développer une stratégie d'information sur la planification familiale, avec des partenaires associatifs, en direction des familles migrantes. Les actions en direction des femmes étrangères ou françaises d'origine étrangère, à la tête de familles très nombreuses, parfois dans un contexte de polygamie, et d'hébergement précaire, ne sont pas développées et mériteraient qu'une stratégie spécifique soit définie. Ces actions, de type collectif, pourraient être également menées en direction des pères, avec des partenaires associatifs connus et reconnus par les services du département et les populations bénéficiaires.

En ce qui concerne l'IVG, les données concernant le nombre d'IVG sont envoyées à la Drass mais elles ne sont pas exploitées pour réorienter les axes d'intervention.

Le service de PMI pourrait utilement saisir ces données, ce qui permettrait de mieux articuler les programmes de prévention et d'information avec le suivi de ces données.

En ce qui concerne l'action dans les écoles, il serait indispensable d'envisager des interventions (ou de les susciter) en direction des établissements publics agricoles ou des établissements de la PJJ, qui, hormis à Corbeil, ne sont pas dans le champs des centres de planification familiale.

7.3 Le suivi des familles avant la naissance

Un bilan de l'évolution sur dix ans des indicateurs de santé des mères et de leurs nouveau-nés en Essonne, établi principalement à partir des certificats de santé du 8^{ème} jour, met en relief des données contrastées. Entre 1992 et 2001, on constate :

- une augmentation des naissances domiciliées en Essonne entre 1998 et 2000
- un nombre plus important de mères de moins de 20 ans
- un nombre plus important de grossesses multiples (mais moins que dans le reste de la France)
- le nombre de grossesses mal suivies (nombre de consultations prénatales inférieur à 7) qui a baissé entre 1992 et 1998 de 30% à 14% ne diminue plus entre 1997 et 2001
- le pourcentage de femmes bénéficiant d'une préparation à l'accouchement est passé de 20% à 36% entre 1992 et 2001
- le taux de prématurés (avant 37 semaines) et de grands prématurés (avant 33 semaines) augmente, mais reste inférieur à celui de l'ensemble de la France. Il en est de même pour les petits poids à la naissance.
- le taux de césariennes est passé de 14 à 19%, chiffre comparable à celui de la France
- 60% des enfants sont allaités dans les premiers jours en 2001 contre 52 % en 1992.

Cette évolution, plutôt favorable, renvoie à des déterminants généraux qui dépassent la sphère de la PMI. Un indicateur préoccupant est celui des grossesses mal suivies qui ne diminue plus.

On peut se demander si le département ne devrait pas renforcer son intervention en direction des femmes enceintes, activité dont l'importance en termes de prévention précoce pour l'enfant est avérée. Les hôpitaux souhaiteraient que les femmes enceintes soient suivies par la PMI jusqu'à 8 mois. Mais la PMI est interpellée pour pallier les difficultés de l'hôpital en matière de suivi des femmes qui y accouchent, alors qu'elle subit déjà lourdement, pour

ses activités postnatales, les effets de la réduction du séjour en maternité. Elle supporte les répercussions de la précarisation des familles avec l'alourdissement des prises en charge que cela comporte. Les prises en charge psychiatriques sont problématiques à trouver. Par ailleurs la PMI peine à pourvoir ses postes de sage-femme, comme cela a été vu plus haut.

La mise en place de la consultation du 4^{ème} mois va concentrer tous les efforts de la branche maternelle du service de PMI. Il est prévu 3 recrutements pour les assurer. Les sage-femmes ont été formées. Le réseau sud francilien qui va être mis en place, le développement des staff regroupant du personnel de PMI et de maternité représenteront des avancées qualitatives.

7.4 Le suivi des enfants

7.4.1 La protection infantile

La stratégie du département a consisté à concentrer ses interventions sur la prévention précoce, et notamment les enfants de zéro à trois ans. La pression importante des familles de certains quartiers situés dans des zones difficiles pour faire bénéficier de consultations leurs enfants à un âge plus élevé, conjuguée à une démographie médicale tendue constituera sans doute un enjeu important en terme de moyens pour le département.

En ce qui concerne les visites à domicile, une action pourrait être développée en direction des structures d'hébergement (hôtels, squatts...) au sein desquels le risque sanitaire où social peut s'avérer important, en s'appuyant sur les relais locaux lorsqu'ils existent.

L'articulation avec le travail de planification familiale après la naissance, notamment dans le cas de familles précarisées, avec de nombreux enfants, parfois en situation de polygamie, serait à renforcer en lien avec des associations spécialisées dans cette forme d'approche.

7.4.2 Le suivi sanitaire des enfants de l'ASE

Ce dispositif représente une charge de travail lourde pour un nombre d'enfants importants.

L'utilité de l'évaluation menée, même pour un nombre d'enfants peu représentatif, doit conforter le département dans la nécessité de mise en œuvre du dispositif ; il est vraisemblable qu'une catégorie d'enfants, dont une partie relève au moins potentiellement de l'ASE (hôtels maternels, hébergements précaires) mériterait de bénéficier d'un suivi médical spécifique de ce type. La prise en compte du besoin des enfants placés en établissement est sans doute tout aussi pertinent.

Une enquête spécifique anonymisée des entretiens avec les adolescents donnerait également des éléments d'information utiles qui mériterait d'être analysée en commun avec les partenaires de la PMI (service de l'ASE, CMP, communauté éducative).

7.4.3 *Les bilans en école maternelle*

Les résultats obtenus montre l'intérêt du dispositif qui, pour autant qu'on puisse le mesurer avec précision à ce stade, mobilise un volume limité de ressources. Sur cette base, il serait souhaitable d'augmenter le taux de couverture afin de le porter le plus possible à un niveau proche de 100 % de la classe d'âge. Par ailleurs il paraît utile de renforcer les conditions du dépistage de l'obésité et des troubles des apprentissages. Enfin et surtout le suivi des suites données au bilan doit être davantage formalisé par exemple à travers l'édition de tableau de bord. La mise en place du DMP doit être l'occasion de réfléchir au développement d'un système d'information qui faciliterait le suivi des suites et l'articulation avec les bilans réalisés par les services de santé scolaire de l'éducation nationale.

7.4.4 *Les modes de garde des enfants*

Le système mis en place en Essonne est en période de réorganisation et de montée en charge (700 agréments de plus entre 2000 et 2005).

Plusieurs problèmes apparaissent :

- Il s'agit d'une activité encadrée par des textes contraignants (échéance de 3 mois pour un agrément) et de plus en plus exigeants (L. 2111-1, 2111-2 du code de la santé publique ; loi du 27/06/2005 concernant l'agrément des assistantes maternelles et assistants familiaux et la formation des assistantes maternelles; convention collective nationale de travail des assistantes maternelles du particulier employeur applicable au 1^{er} janvier 2005 ; décret n° 2006-464 du 20 avril 2006 relatif à la formation des assistants maternels).
- On peut se demander s'il s'agit d'un cœur de mission pour la PMI : des substitutions ou au moins des partages de tâche pourraient sans doute être possibles avec les deux autres partenaires principaux pour les modes de garde : les CAF et les municipalités
- au sein des services départementaux, la PMI n'est peut être pas la seule ou la mieux placée pour chacun des aspects: agrément, suivi, accompagnement, formation
- au sein de la PMI : les puéricultrices ne sont pas nécessairement les seules et même les principales professionnelles à être impliquées. Ces fonctions ne s'exercent-elles pas au détriment d'autres missions, les VAD dans les familles par exemple ? On peut se demander s'il est justifié d'avoir exclu les assistantes sociales et de ne pas recourir aux éducatrices de jeunes enfants voire à des auxiliaires de puériculture expérimentées par exemple.

ANNEXES

Liste des annexes

1. Lettre de mission du 20 février 2006
2. Liste provisoire des personnes rencontrées
3. Organigramme de la direction des services sociaux, organigramme fonctionnel et nominatif de la direction de la protection maternelle et infantile
4. Liste des centres de protection infantile de l'Essonne
5. Liste des centres de planification et d'éducation familiale et de protection maternelle
6. Critères de certificats de santé du 8^{ème} jour déclenchant une information de naissance
7. Bilans de santé en écoles maternelles, modèle de fiche avec retour des spécialistes
8. Bilans de santé en écoles maternelles, résultat des dépistage effectués en 2002-03, et évolution des vaccinations sur 9 ans
9. Etat de santé de l'enfant lors de son accueil chez une assistante maternelle de l'ASE (recueil d'informations à visée épidémiologique)

Annexe 1 - Lettre de mission du 20 février 2006

Ministère délégué à la Sécurité Sociale,
aux Personnes Agées, aux
Personnes handicapées et à la Famille

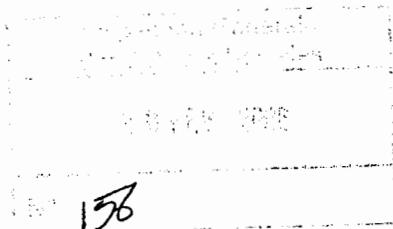


Ministère de la Santé et des Solidarités

FXR/MGD/D.1648

Paris, le

20 FEV. 2006



TAMINIE
2006

20-2

Le Ministre de la Santé et des Solidarités

Le ministre délégué à la Sécurité Sociale,
aux Personnes âgées, aux Personnes
handicapées et à la Famille

à

Madame la Chef du Service de
l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Objet : mission d'étude sur la Protection maternelle et infantile (PMI)

Le rôle essentiel de la PMI est reconnu depuis longtemps. Il a d'ailleurs été récemment souligné dans le plan périnatalité. La réforme de la protection de l'enfance que nous avons lancée se doit d'intégrer des préconisations opérationnelles à son égard.

L'IGAS a réalisé au cours de ces dernières années le contrôle des services de PMI de plusieurs départements. Les constats présentés dans ses rapports montrent une grande hétérogénéité dans les objectifs fixés par les départements mais aussi, dans certains cas, la difficulté à couvrir le champ des missions légales.

L'existence de tels écarts conduit à s'interroger sur la pertinence de la formulation des normes réglementaires et sur les moyens à mettre en œuvre pour qu'elles soient respectées. Afin d'assurer l'accessibilité à la santé la plus large possible pour les assurés sociaux ou les bénéficiaires de la CMU, il peut également être justifié de revoir la finalité et le cadre de la politique de PMI.

A partir d'une étude actualisée des conditions et des résultats de la politique de PMI dans plusieurs départements, vous proposerez les axes fondamentaux d'une politique rénovée en terme de missions et d'obligations, ainsi que les modalités à développer pour assurer son rôle clé dans le domaine de la prévention, notamment au regard de la protection de l'enfance.

Nous souhaitons recueillir vos premières conclusions début mars et recevoir votre rapport définitif d'ici à juin 2006.

Philippe BAS

Xavier BERTRAND

Annexe 2 - Liste provisoire des personnes rencontrées

Direction des solidarités

Mme DUBES, Directrice générale des solidarités
Mme THALOUARN, Directrice générale adjointe des solidarités
Mme le docteur MARION, Directrice de la PMI
Mme LASSALLE, chef des services administratifs de la PMI
Mme le Dr. BUISSON, directrice adjointe de la PMI
Mme le Dr. MORON, médecin épidémiologiste de PMI

Centre de PMI et planification des Tarterêts, Corbeil Essonne

Mme le Dr. ADOLF

Centre de planification hospitalier, Corbeil Essonne

Mme le Dr. GUERRE LEBHAR, gynécologue
Mme DOUCHET,, aide soignate
Mme BECK, secrétaire médicale
Me ARNAO DECAUDAIN, conseillère conjugale

Maison de la solidarité, Corbeil Essonne

Mme BLONDEL

Hôpital d'Evry

Mme le Dr. GRANIER

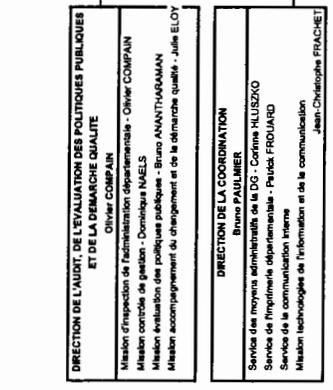
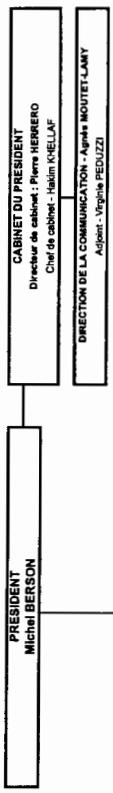
Centre de PMI « Les sablons », Grigny

Mme le Dr. CHEROT

Centre de planification « la grande Borne » Grigny**CMP, « La grande Borne »**

Entretien téléphonique avec M. le Dr. LACHAUME,

**Annexe 3 - Organigramme de la direction des services sociaux,
organigramme fonctionnel et nominatif de la direction de la protection
maternelle et infantile**



DGA - ADMINISTRATION ET RESSOURCES
 Amine AMAR

DIRECTION DES MOYENS GENERAUX - VARENHUE DUBOIS-FERCHAUD
 Adjointe - Sylviane DESCHAMPS
 Services de la coordination administrative et financière - Sylviane DESCHAMPS
 Services accueil, sécurité intérieure - Philippe GRENIER
 Services informatiques et logistique automobile - Jérôme METAS

DIRECTION DES ASSEMBLEES ET DE LA QUESTURE
 Nathalie VASSEUR
 Adjointe Muriel TOROSSIAN
 Coordination des moyens - Françoise HALETTON

DIRECTION DES FINANCES ET DES MARCHES
 Luc ROBERT
 Adjointe - Laurence MANDELBAUM
 Services de budget, de la comptabilité et de grand angle - Claudine KERN-MAJOTTE
 Services des études financières, de la dette et de la trésorerie - Dina ENNAGADI
 Services conseil et élaboration des marchés - Dominique MELLE
 Services de la validation des procédures de marchés - Françoise BOISSEAU
 Services des commissions et lots - Carole TURBEIN

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
 Jacques WACKEL
 Adjointe - Brigitte DIMON
 Services recrutement et mobilité - Odile BAYE
 Services relations agents - Charles AMESSE
 Services relations sociales et professionnelles - Sabine ROUSSY
 Services formations - Marie-Ange GANNET
 Services budgétaires et finance - Patrick JOHARD

DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES ET DE LA DOCUMENTATION
 N
 Services juridiques et contentieux - Sandrine LONJOY GAUDRY
 Services de la documentation - Nathalie OUVALLERS

DIRECTION INFORMATIQUE DEPARTEMENTALE
 Julie GUERDUT
 Adjoint - Jean LEBRUN
 Pile système d'information - Philippe ASTRUC
 Pile production - Michèle COGAN
 Pile réalisation - Odile CLAVEAU
 Culture Système d'information géographique (SIG) - Cyr ARMAND

DGA - SOLIDARITES
 Marie-Solange DUBES

Adjointe à la DGA - Flora THALOUARN
 Mission logement - Charline BRAULT
 Observatoire social - Charline MONNIN

DIRECTION DE LA COORDINATION TERRITORIALE
 Sylvie GAND
 Adjointe - Florence CHESIN
 Services départementaux de développement social - Marie-Christine BOURGEOIS
 Services de la coordination des moyens des MOS - Joëlle MERCIER
 Réseaux des Maisons départementales des solidarités (MDS)

DIRECTION DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE
 Marie-Agnès MARION
 Adjointe - Claudine BUSSON
 Organigramme des services en cours d'élaboration

DIRECTION DE LA PREVENTION ET DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE
 Fabrice YON
 Institut départemental de l'enfance de la famille - Thierry de BARBEYRAC
 Service de l'aide sociale à l'enfance - Brigitte GUZZI
 Services d'inspection - Brigitte GUZZI
 Service accueil famille - Patrick SINES
 Service adoption - Jean-Marc MATOUNI
 Service administratif et juridique - Odile GILLES
 Prévention spécialisée - Sylvain CRUAS

DE LA LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS ET DE L'EMPLOI
 N
 Adjoint - Lionel RIVERI
 Coordination administrative et financière - Huguette PERIER
 Service de l'attribution RMI - Marie-Françoise RAKOTOMALALA
 3 Plateaux locaux d'appui (RLA)
 Service de l'insertion des jeunes - Geneviève ODY

DIRECTION DES PERSONNES AGEES ET HANDICAPÉES
 Marie-Hélène VALLEDEU
 Adjoint - Stanislas JACQUEY
 Service action sociale - Carole DELIGNY
 Service aide sociale - Anne-Marie COHENCA
 Service médico-social PAPHI - Sylvie MERVILLE
 Service des établissements sociaux et médico-sociaux - Hélène DELISLE
 Service gestion des ressources - Marie-Claude FRICAULT

DIRECTION DE LA PREVENTION SANTE
 Catherine COLLET
 Organigramme des services en cours d'élaboration

DGA - CITOYENNETE ET QUALITE DE LA VIE
 Serge AGUILAR

DELEGATION AU DEVELOPPEMENT DURABLE ET SOLIDAIRE
 Etienne VAZELAIRE
 Services de la coopération décentralisée et des relations internationales - Laura FERET

MISSION CITOYENNETE ET ACCES AUX DROITS
 Brice DE LA METTIE

DIRECTION DE LA VILLE DE L'AMBIT ET DU LOBEMENT
 Ismaïne BATTAL
 Adjointe - Aude GARCIA
 Coordination administrative et financière - Michel-Pierre MARION
 Pôle départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées en Estime - Nicolas TOUHAÏAN
 Services de la politique de la ville - Nguelin ROSSI
 Services de habitat - Jacques BENOUD
 Mission départementale de Habitat - Anne-Claude DASTELL

DIRECTION DE LA CULTURE
 Françoise PATRIGON
 Adjoint - Christian GUERBAUX
 Service action culturelle - Corinne SCHMITT
 Service de la patrimoine culturel - Monique SCHIRATTI
 Service restaurants - Michèle SICIS
 Bibliothèque départementale - Jacqueline BENCHOULEUY
 Maisons de la photographie - Elisabeth GUIMARD
 Domaines de Champanne et de Méville - Jean-Marc BERNARD

DIRECTION DES ARCHIVES DEPARTEMENTALES
 Frédérique BAZZONI

DIRECTION DES SPORTS, DE LA JEUNESSE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE
 N
 Direction des sports - Benoit HENNI
 Service de la vie sportive - Vincent GRATEAU
 Pôle ressources - Christophe BLANCHET
 Stade Robert Bobin - Anne-Lise QUOT
 Pôle départemental de médecine sportive - Yveline QUEZENEC
 Service relations avec les associations - Hervé COROUGE
 Service jeunesse - Matthieu ANQUEZ

DGA - EQUIPEMENTS ET ENVIRONNEMENT
 Claude CHAUSSOY

DIRECTION DES COLLEGES
 Daniel LEBRETON, Directeur par intérim
 Services vie étudiante et sociale - Martin CHARBONNEL
 Services de la gestion administrative des EPLE et des autres autonomies - Catherine SCHALLI
 Services multicritères préventifs et structurel programme - Bruno FORGET
 Services opérations réhabilitation et nouvelles constructions - Philippe BARELHANDI
 Services budget, comptabilité et marchés publics - Catherine ZINCOUR

DIRECTION DU PATRIMOINE DEPARTEMENTAL
 Pascal DEFRAY
 Adjoint - Michel LE ROUX
 Services des écoles - Xavier LUCAS
 Services manutentions - Michel LE ROUX par intérim
 Services des affaires domaniales - Olivier MICHELET

DIRECTION DES DEPLACEMENTS
 Jean-Louis GITTON
 Adjointe - Evelyne MOLLIN
 Chargé de mission - Gilles BESNARD
 Service développement des transports - Nicole MAGNE
 Service des transports scolaires - Sylvie HOUEBERT
 Service des études et grands travaux - Jean-Louis MAZIERE
 Service sécurité et actions territoriales - Jean-Paul CHERMAN
 Service procédures et fonds - Jean PULICANI
 Unité technique territoriale Ouest - Thierry MAS-MAJURY
 Unité technique territoriale Est - Gabriel MAL-HANICHE
 Service des espaces verts - Nathalie PETTJEAN

DIRECTION DE L'ENVIRONNEMENT
 Jean-Michel FERRY
 Adjointe - Marie-Claude BONN-RABELLE
 Conservation des espaces naturels sensibles - David PECQUET
 Service prévention des pollutions et patrimoine environnementaux - N
 Service de l'eau - Yann BARDET
 Centre départemental d'accueil animalier - Thierry THIEGAZ

DGA - AMENAGEMENT ET DEVELOPPEMENT DES TERRITOIRES
 Alain CLUZET

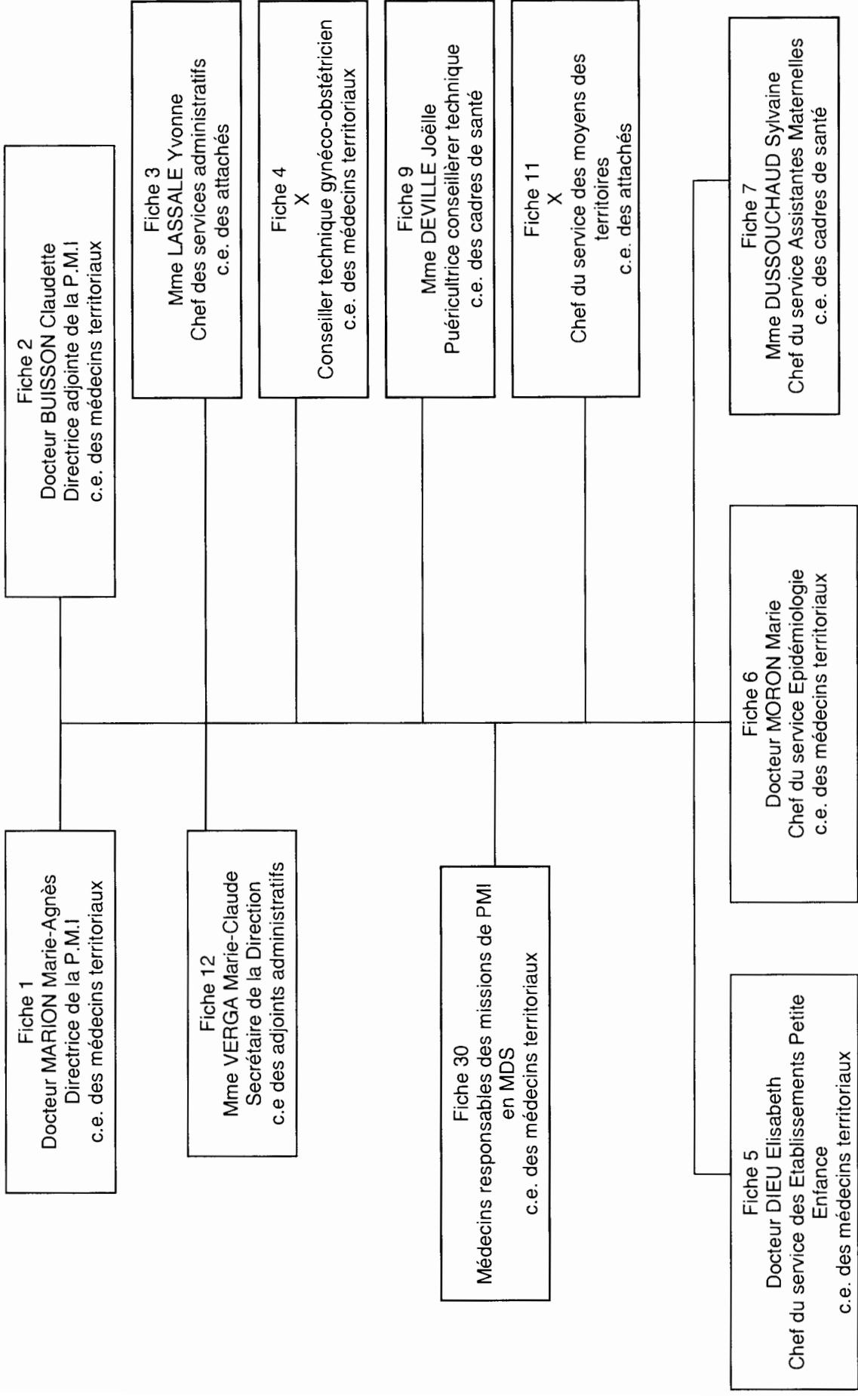
MISSION EUROPE
 Muriel COMTE

DIRECTION DE L'AMENAGEMENT ET DU DEVELOPPEMENT
 Carine SALOFF-COSTE
 Services d'urbanisme et d'études départementales - Sandrine ISSA-SAYEDH
 Services traction des contrats d'équipement et d'aménagement départementaux - Sylvie HAUTEFUILLE

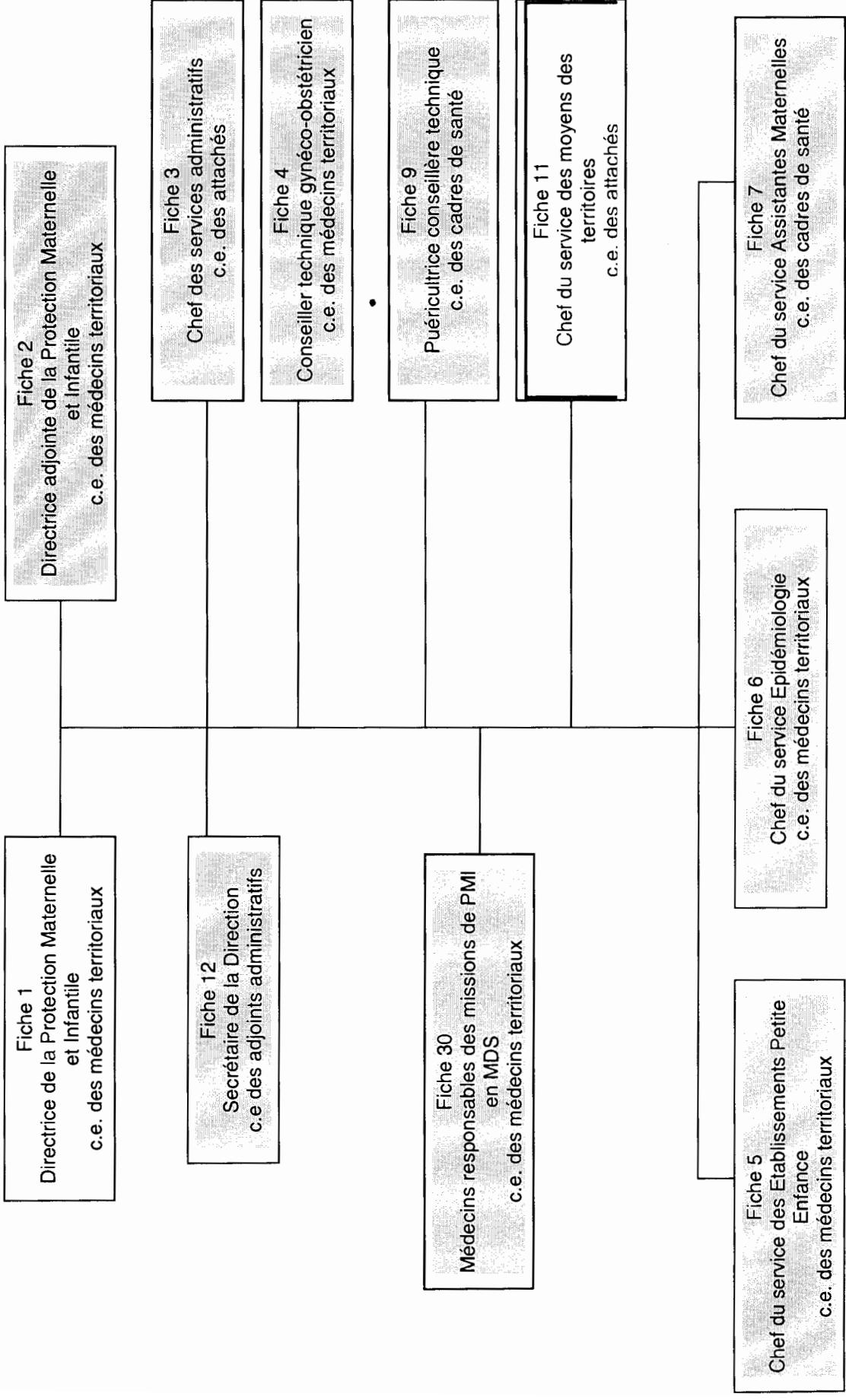
DIRECTION DU DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE ET DE LA RECHERCHE - Annie THOUÉ
 Adjointe - Sylvie YANNIC-ARNOULT
 Service développement économique et de l'emploi - Marie-Françoise de HERONNIERE
 Service enseignement supérieur recherche, transfert technologie
 Service accès au savoir - Laure CHEMERY
 Service administratif - Carole MÉYMAHER

DIRECTION DES RELATIONS AVEC LES COLLECTIVITES LOCALES
 Monique HOURRY
 Adjointe - Yann REBIER

ORGANIGRAMME NOMINATIF DE LA DIRECTION DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE



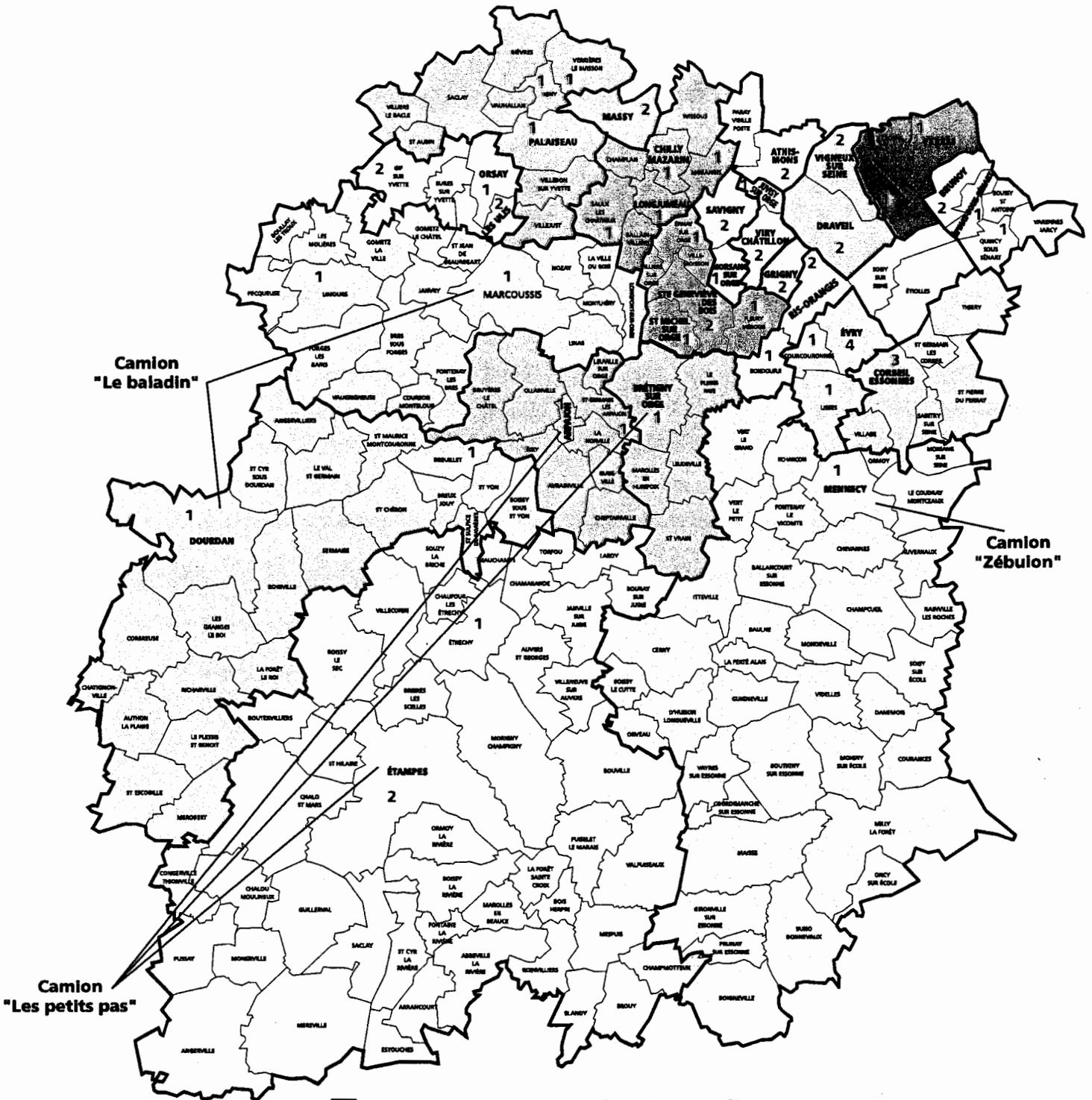
ORGANIGRAMME FONCTIONNEL DE LA DIRECTION DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE



Annexe 4 - Liste des centres de protection infantile de l'Essonne

Centres de protection infantile de l'Essonne

53



■ Centres de protection infantile - PMI (62)

■ Camions itinérants de protection infantile (3)



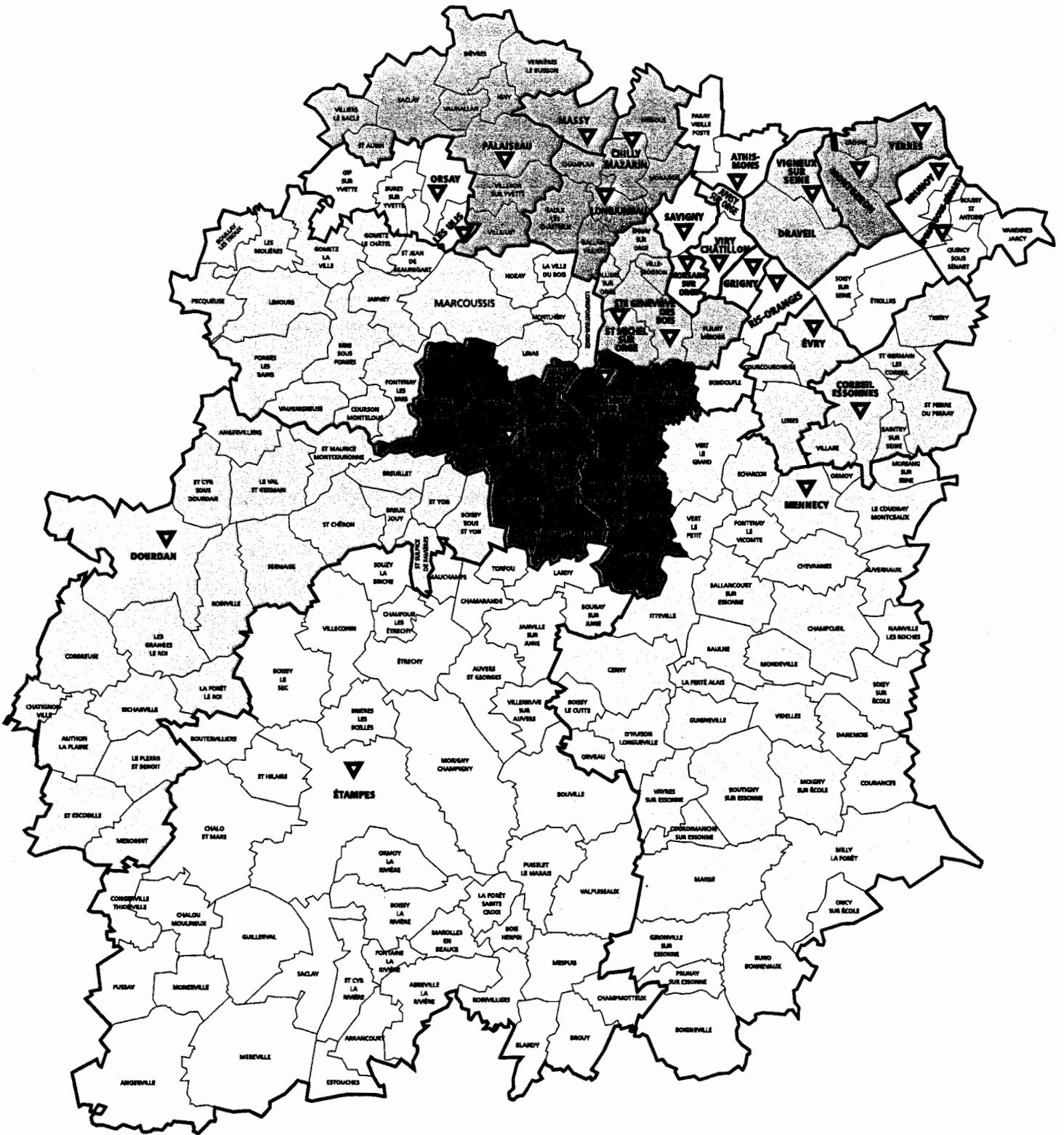
Édition mars 2005
 Document disponible auprès
 du service départemental de PMI du Conseil général de l'Essonne
 Hôtel du Département - Boulevard de France - 91012 Évry cedex
 Téléphone : 01 60 91 98 52 - 01 60 91 99 20

Centres de protection infantile de l'Essonne

ARPAJON - 25 bis, route d'Egly	01.64.90.36.11	LISSES - Chemin du Vexin	06.09.33.31.79
ATHIS-MONS - 6, allée d'Ozonville	01.60.48.26.19	LONGJUMEAU - 142, rue Pierre et Marie Curie	01.69.74.13.14
ATHIS-MONS - 3, place des Froides Bouilles	01.69.38.22.21	MARCOUSSIS - 17, rue Alfred Dubois	01.69.80.04.15
BONDOUFLE - 1 bis, rue des Trois Parts	01.60.86.46.84	MASSY - 2, avenue de France	01.69.81.73.60
BRETIGNY-S/ORGE - 5-7, rue Edouard Branly	01.60.84.47.75	MASSY - 2, rue Edouard Herriot	01.60.13.03.13
BREUILLET - 8, rue des Ecoles	01.64.58.58.52	MENNECY - 18, rue du Buisson Houdart	01.69.90.64.81
BRUNOY - 7 bis, rue du Donjon	01.69.39.44.87	MONTGERON - 55 bis, avenue de la République	01.69.03.54.81
BRUNOY - 130, rue de Cerçay	01.69.43.75.04	MORANGIS - 3, résidence de l'Ormeteau	01.69.09.43.16
CHILLY-MAZARIN - 6-8, rue Ollivier Beauregard	01.69.10.59.61	MORSANG-S/ORGE - 31, rue de l'Epargne	01.69.46.09.58
CORBEIL ESSONNES - 7, boulevard Henri Dunant	01.64.96.69.72	ORSAY - 7, avenue du Maréchal Foch	01.69.28.49.42
CORBEIL ESSONNES - Rue Bernardin de St-Pierre	01.64.96.40.98	PALaiseau - 3 bis, rue du Mont	01.60.14.17.81
CORBEIL ESSONNES - 28-30, rue Gustave Courbet	01.60.88.11.17	QUINCY-S/SENART - 8, résidence Le Vieillet	01.69.00.98.52
COURCOURONNES - 8, place des Copains d'Abord	01.64.97.28.26	RIS-ORANGIS - 2, rue du Moulin à Vent	01.69.06.60.36
DOURDAN - 1, rue Saint-Pierre	01.64.59.56.40	RIS-ORANGIS - 3, rue du Docteur Crespin	01.69.06.30.20
DRAVEIL - 173, rue Pierre Brossolette	01.69.40.16.41	ST-GERMAIN-LES-AR. - 1, rue Salvador Allendé - Bât. 7	01.64.90.66.91
DRAVEIL - Les Bergeries	01.69.52.43.40	ST-MICHEL-S/ORGE - 4, rue Gounod - Bois des Roches	01.60.15.17.64
EPINAY-S/SENART - 6, rue Johann Strauss	01.69 39 12 83	STE-GENEVIEVE-DES-BOIS - 35, route de Montlhéry	01.60.16.68.86
EPINAY-S/ORGE - 10, rue de la Division Leclerc	01.69.10.08.30	STE-GENEVIEVE-DES-BOIS - 14, rue d'Holbach	01.60.15.12.20
ETAMPES - 12, rue Magne	01.64.94.04.96	SAULX-LES-CHARTREUX - 46, rue de la Division Leclerc	01.64.48.94.50
ETAMPES - Rue du Pont Saint-Jean	01.64.94.16.45	SAVIGNY-S/ORGE - 28, rue des Prés Saint-Martin	01.69. 0574 14
ETRECHY - 4, boulevard des Lavandières	01.60.80.25.21	SAVIGNY-S/ORGE - 8, rue Van Gogh	01.69.05.46.29
EVRY - Agora - Jardin des Terrasses	01.64.97.29.91	LES ULIS - Centre commercial Les Boutiques	01.69.07.28.49
EVRY - 110, place Salvador Allendé	01.60.79.02.75	20, résidence Le Bosquet	01.69.07.81.52
EVRY - Place du Parc aux Lièvres	01.60.77.05.49	VERRIERES-LE-BUISSON - 72, rue d'Estienne d'Orves	01.60.11.62.24
EVRY - 6, allée Victor Hugo	01.60.77.47.71	VIGNEUX-S/SEINE - 1, allée Louis Blériot	01.69.42.64.69
FLEURY-MEROGIS - 60, rue André Malraux	01.69.46.67.06	VIGNEUX-S/SEINE - 115, rue Pierre Brossolette	01.69.52.49.65
GIF-S/YVETTE - Route de l'Abbaye	01.69.07.32.57	VIRY-CHATILLON - 1, allée Ambroise Paré	01.69.24.35.17
GIF-S/YVETTE - Chevry II	01.60.12.08.15	VIRY-CHATILLON - 2, avenue de Bretagne	01.69.12.38.50
GRIGNY - Avenue des Sablons	01.69.06.43.06	YERRES - 1, rue Pierre Loti	01.69.49.76.80
GRIGNY - 11, place aux Herbes	01.69.45.03.73		
IGNY - 14, rue Ambroise Croizat	01.69.33.10.64	Camion Le Baladin - Caserne des Pompiers - ARPAJON	06.80.72.81.94
JUVISY-S/ORGE - 4, rue Vercingétorix	01.69.21.49.94	Camion Les Petits Pas - Caserne des Pompiers - ARPAJON	06.08.53.51.69
LIMOURS - 1, boulevard des écoles	01.64.91.19.68	Camion Zébulon - Caserne des Pompiers - ARPAJON	06.07.67.42.80

Annexe 5 - Liste des centres de planification et d'éducation familiale et de protection maternelle

Les Centres de Planification et d'Éducation Familiale et de Protection Maternelle



Les Centres de Planification et d'Éducation Familiale et de Protection Maternelle

91290	Arpajon	25 bis, route d'Égly	Tél. : 01 64 90 36 11
91200	Athis-Mons	Parc d'Ozonville	Tél. : 01 60 48 26 19
91220	Brétigny-sur-Orge	5 - 7, rue E. Branly	Tél. : 01 60 84 47 75
91800	Brunoy	130, rue de Cerçay	Tél. : 01 69 43 75 04
91380	Chilly-Mazarin	6 - 8, rue O. Beauregard	Tél. : 01 69 10 59 67
91100	Corbeil-Essonnes	7, Boulevard H. Dunant	Tél. : 01 64 96 69 72
91100	Corbeil-Essonnes	Les Tarterêts - 28 - 30, rue G.Courbet	Tél. : 01 60 88 11 17
91100	Corbeil-Essonnes	59, Boulevard H. Dunant	Tél. : 01 69 22 11 60
91410	Dourdan	1, rue Saint-Pierre	Tél. : 01 64 59 56 40
91800	Épinay-sous-Sénart	6, rue J. Strauss	Tél. : 01 69 39 12 53
91150	Étampes	12, rue Magne	Tél. : 01 64 94 88 44
91000	Évry	Jardin des Terrasses	Tél. : 01 60 79 41 35
91350	Grigny	Grande Borne - 11, place aux Herbes	Tél. : 01 69 45 03 73
91160	Longjumeau	142, rue Pierre et Marie Curie	Tél. : 01 69 74 13 16
91300	Massy	16, allée A. Thomas	Tél. : 01 69 20 65 68
91300	Massy	2, avenue de France	Tél. : 01 69 81 73 60
91540	Menecy	18, rue du Buisson Houdart	Tél. : 01 69 90 64 81
91230	Montgeron	55 bis, rue de la République	Tél. : 01 69 03 54 85
91390	Morsang-sur-Orge	31, rue de l'Épargne	Tél. : 01 69 46 09 58
91400	Orsay	Place du Gal Leclerc	Tél. : 01 69 29 75 85
91120	Palaiseau	3 bis, rue du Mont	Tél. : 01 60 14 17 81
91130	Ris-Orangis	2, rue du Moulin à Vent	Tél. : 01 69 06 60 36
91700	Sainte-Geneviève-des-Bois	14, rue d'Holbach	Tél. : 01 60 15 12 20
91700	Sainte-Geneviève-des-Bois	35, rue de Monthéry	Tél. : 01 60 16 68 86
91240	Saint-Michel-sur-Orge	4, rue Gounod	Tél. : 01 60 15 17 64
91600	Savigny-sur-Orge	28, rue des Prés St-Martin	Tél. : 01 69 05 14 14
91940	Les Ulis	20, Résidence Le Bosquet	Tél. : 01 69 07 81 52
91940	Les Ulis	Centre Commercial Les Boutiques	Tél. : 01 69 07 28 49
91270	Vigneux-sur-Seine	1, allée Louis Blériot	Tél. : 01 69 40 89 35
91270	Vigneux-sur-Seine	115, rue Pierre Brossolette	Tél. : 01 69 52 49 65
91170	Viry-Chatillon	2, avenue de Bretagne	Tél. : 01 69 12 38 50
91330	Yerres	1, rue Pierre Loti	Tél. : 01 69 49 76 80

Édition mars 2005

Document disponible auprès du service départemental de PMI du Conseil général de l'Essonne
Hôtel du Département - Boulevard de France - 91012 Évry cedex - Téléphone : 01 60 91 93 52 - 01 60 91 99 13
www.essonne.fr

Annexe 6 - Critères de certificats de santé du 8^{ème} jour déclenchant une information de naissance

**CRITERES DU CERTIFICAT DE SANTE DU 8ème JOUR
DECLENCHANT UNE INFORMATION DE NAISSANCE**

à compter du 01 juillet 2002

ENFANT

- 11 - Naissance multiple.
12 - Naissance à domicile.

MERE

- 21 - Mère parent isolé, sans profession.
22 - Critère zz, (à noter dans rubrique père mais ne pas saisir)
Aucune trace du père : (Même nom pour la mère et l'enfant, un seul nom de famille pour la mère, la case "Mme" n'est pas cochée, aucun élément dans la partie réservée du père)
23 - Mère de moins de 20 ans.
24 - ~~Premier enfant et mère de plus de 38 ans.~~
25 - Sans profession pour les deux parents.

N°24 supprimé à compter
du 01/07/2002

ANTECEDENTS

- 31 - Multipares différence entre nombre de grossesse et naissance = ou > à 3
32 - Mort né.
33 - Enfant né vivant puis décédé.

GROSSESSE ACTUELLE et ACCOUCHEMENT

- 41 - Grossesse mal suivie
- Nombre total de consultations prénatales = 0 (confirmé par appel)
- Soit note explicite de l'équipe de maternité précisant une grossesse mal suivie*
(regarder l'ensemble du CS)

ETAT DE L'ENFANT A LA NAISSANCE

N° 50 ajouté à compter
du 01/07/2002

- 50 - Poids inférieur à 1500 g
51 - Soit poids inférieur à 2 500g (soit terme < 35 semaines quelque soit le poids)
52 - Apgar inférieur à 6, à 1 mn et à 5mn.
53 - Justifié des gestes de réanimation
54 - Enfant transféré.

PREMIERE SEMAINE

- 60 - Si oui

PATHOLOGIES ET ANOMALIES CONGENTALES

- 70 - Si oui

ENFANT Décédé

- 80 - Si renseigné

CONCLUSION

- 91 - Surveillance médicale particulière demandée.
92 - Toute annotation. * (si grossesse mal suivie = code 41)

**Annexe 7 - Bilans de santé en écoles maternelles, modèle de fiche avec
retour des spécialistes**

ADS : EVRY

COMMUNE : LISSES

ECOLE

Grid of 18 empty boxes for school name

Nouveau modèle avec rebrous spéculantes

Identification si nécessaire Cette rubrique ne sera pas saisie

Sexe F M

DEPISTAGE AUDITIF : Date

- oreille droite normale diminuée ne sait pas
oreille gauche normale diminuée ne sait pas
ORL non adressé adressé déjà suivi

Si adressé : diagnostic : normal otite séreuse
surdité perception autre pas de retour

DEPISTAGE VISUEL *

- Acuité visuelle sans correction avec correction
10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
Eil droit non testé
Eil gauche non testé
Anomalie autre

OPHTALMO non adressé adressé déjà suivi

Si adressé : déficit visuel / anomalie confirmé(e) : oui non pas de retour

VACCINS

- Statut vaccinal :
DTCP fait à jour incomplet non fait inconnu
HIB fait à jour incomplet non fait inconnu
HVB fait à jour incomplet non fait inconnu
ROR** fait non fait inconnu
2ème dose fait non fait inconnu
BCG fait non fait inconnu
L'enfant bénéficie d'un PIS : oui non proposé
L'enfant bénéficie d'un PAI : oui non proposé

VISITE MEDICALE : Date

Effectuée Non effectuée

Age (en mois lors de la pesée) mois

Poids kg Taille m IMC kg/m²

Etat dentaire **** normal caries soignées caries non soignées autres inconnu

Langage **** normal trouble de prononc. retard bilinguisme*** non évaluable

ERTL4 profil 1 profil 2 profil 3 non fait Orthophoniste non adressé adressé déjà suivi

Si adressé : rééducation prévue : oui non pas de retour

Consultation ou soutien spécialisé proposé pour trouble psychologique ou du comportement : non adressé adressé déjà suivi

Si adressé : suivi prévu : oui non pas de retour

Courbe IMC **** normale obésité rebond non faite adressé en consultation spécialisée

* entourer la valeur correspondant à l'acuité visuelle mesurée ; si l'enfant porte des lunettes, il s'agit de l'acuité visuelle avec correction
** si l'enfant n'a eu qu'un Rorvax, le ROR doit être considéré comme non fait
*** la famille de l'enfant parle au moins une autre langue que le français à la maison
**** pour ces rubriques, plusieurs cases peuvent être cochées

**RESULTATS DES BILANS EN ECOLE MATERNELLE NES EN 1999 :
DEFICITS SENSORIELS, RETARDS DE LANGAGE, TROUBLES PSYCHOLOGIQUES OU DU COMPORTEMENT, OBESITE**

MDS	Estimation de la classe d'âge *	Enfants vus en dépistage visuel		Anomalies visuelles **		Enfants vus en dépistage auditif		Audition diminuée		Enfants vus en visite médicale complète		Retard de langage ***		Trouble psychologique ou du comportement ****		Obésité ou rebond précoce d'adiposité*****		
		Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Courbe IMC faite	%	Obésité ou rebond précoce
Arpajon	594	438	73,7	92	21,0	427	71,9	52	12,2	240	40,4	20	8,3	19	7,9	219	91,3	12 (5,5%)
Athis-Mons	511	366	71,6	41	11,2	371	72,6	13	3,5	180	35,2	21	11,7	11	6,1	158	87,8	15 (9,5%)
Bretigny	507	282	55,6	59	20,9	280	55,2	30	10,7	228	45,0	6	2,6	30	13,2	224	98,2%	8 (3,6%)
Brunoy	787	543	69,0	45	8,3	551	70,0	36	6,5	357	45,4	27	7,6	47	13,2	259	72,5	12 (4,6%)
Chilly Mazarin	924	452	48,9	71	15,7	454	49,1	31	6,8	325	35,2	13	4,0	25	7,7	266	81,8	14 (5,3%)
Corbeil	1069	296	27,7	39	13,2	303	28,3	21	6,9	226	21,1	22	9,7	24	10,6	197	87,2	27 (13,7%)
Dourdan	684	607	88,7	57	11,0	608	88,9	58	9,5	551	80,6	24	4,4	20	3,6	391	71,0	18 (4,6%)
Draveil	771	665	86,3	67	8,6	665	86,3	30	4,5	307	39,8	17	5,5	22	7,2	302	98,4	39 (12,9%)
Etampes	909	775	85,3	69	8,9	771	84,8	55	7,1	401	44,1	35	8,7	47	11,7	374	93,3	33 (8,8%)
Evry	1236	816	66,0	89	10,9	840	68,0	55	6,5	567	45,9	26	4,6	20	3,5	310	54,7	12 (3,9%)
Grigny	590	480	81,4	113	23,5	485	82,2	33	6,8	171	29,0	27	15,8	21	12,3	159	93,0	20 (12,6%)
Juvisy-sur-Orge	600	351	58,5	76	21,7	349	58,2	34	9,7	216	36,0	6	2,8	22	10,2	205	94,9	23 (11,2%)
Les Ulis	1048	902	86,1	139	15,4	893	85,2	97	10,9	848	80,9	25	2,9	31	3,7	653	77,0	40 (6,1%)
Marcoussis	848	622	73,3	67	10,8	627	73,9	58	9,3	447	52,7	21	4,7	14	3,1	417	93,3	84 (20,1%)
Massy	542	245	45,2	18	7,3	247	45,6	24	9,7	246	45,4	8	3,3	10	4,1	246	100,0	5 (2,00%)
Mennecy	967	854	88,3	130	15,2	840	86,9	109	13,0	649	67,1	11	1,7%	10	NC	278	42,8	16 (5,8%)
Montgeron	804	344	42,8	19	5,5	346	43,0	33	9,5	196	24,4	10	5,1	11	5,6	179	91,3	NC
Palaiseau	1028	885	86,1	112	12,7	902	87,7	139	15,4	576	56,0	23	4,0	78	13,5	529	91,8	54 (10,2%)
Ris Orangis	651	647	99,4	91	14,1	647	99,4	61	9,4	314	48,2	11	3,5	40	12,7	301	95,9	24 (8%)
Savigny-sur-Orge	677	566	83,6	55	9,7	585	86,4	77	13,2	453	66,9	15	3,3	33	7,3	344	75,9	52 (15,1%)
Sainte Geneviève	1121	693	61,8	107	15,4	760	67,8	53	7,0	668	59,6	12	1,8	60	9,0	500	74,9	47 (9,4%)
TOTAL ESSONNE	16868	11829	70,1	1556	13,2	11951	70,9	1099	9,2	8166	48,4	380	4,7	565	7,2	6511	79,7	555 (8,5%)

L'analyse a porté sur un total de 12213 enfants.

* Les chiffres fournis par l'Académie ne donnent pas l'année de naissance des enfants. Nous utilisons l'effectif des enfants scolarisés en moyenne section de l'année n+1, ici 2003/2004.

** parmi les enfants vus en dépistage visuel, enfants soit porteurs de lunettes soit présentant une acuité visuelle inférieure à 7 à l'un des yeux.

*** parmi les enfants vus en visite médicale complète, enfants présentant ou étant déjà suivi pour un retard de langage

**** parmi les enfants vus en visite médicale complète, enfants présentant ou étant déjà suivi pour un trouble psychologique ou du comportement

***** parmi les enfants vus en visite médicale complète, enfants pour lesquels une courbe d'indice de Masse Corporelle a été tracée, et parmi ceux-ci, enfants présentant une obésité ou un rebond précoce d'adiposité

NC = non communicable : l'effectif est inférieur à 5

1. Bilans de santé en école maternelle

Résultats des dépistages effectués en 2002-2003 - Enfants nés en 1999

Les enfants bénéficient au cours de leur quatrième année d'un bilan de santé en école maternelle. Les enfants vus pendant l'année scolaire 2002-2003 sont les enfants nés en 1999 pour 94 % d'entre eux. 6% sont nés en 1998 (rattrapage de bilans n'ayant pas pu être effectués pendant l'année 2001-2002).

Les résultats par MDS sont présentés dans le tableau page suivante.

Cette année là, les bilans ont concerné 12213 enfants soit 72 % de la classe d'âge.

Respectivement, 11829 (70,1%) et 11951 enfants (70,9 %) ont bénéficié d'un dépistage visuel et/ou d'un dépistage auditif. Ces dépistages ont mis en évidence 13,2 % de troubles visuels et 9,2 % de troubles auditifs.

48% des enfants ont été vus en visite médicale complète avec la présence d'un parent, ce qui montre une diminution par rapport à l'année précédente où plus de 60% des enfants avaient été vus. 4,7 % des enfants présentent un retard de langage et 7,2% des troubles psychologiques ou du comportement.

Dépistage de l'obésité

Un dépistage précoce de l'obésité est effectué de façon systématique lors du bilan en école maternelle. Cette évaluation comporte un relevé du poids et de la taille, un calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) et un tracé de la courbe d'évolution de l'IMC. Cette année la courbe a été établie chez 80 % des enfants vus en visite complète, ce qui montre une bonne homogénéisation des pratiques depuis la systématisation du dépistage de l'obésité (60% de courbes étaient tracées l'année dernière).

Le tracé de la courbe permet de dépister les enfants pour lesquels l'IMC n'a pas dépassé la courbe du 97^{ème} percentile qui définit l'obésité, mais qui présentent un risque d'obésité du fait d'un rebond précoce d'adiposité. Ce rebond, qui est un phénomène physiologique, survient normalement vers 6 ans et est un signe d'appel précoce s'il survient avant 6 ans.

Ce dépistage montre que 8,5 % des enfants présentaient soit une obésité soit un risque d'obésité ultérieure (rebond précoce). Les chiffres de l'année précédente montraient une moyenne départementale de 10,5% d'obésité ou rebond précoce, soit un pourcentage supérieur. Cependant dans la mesure où la courbe de l'IMC n'était tracée que pour 60% des enfants il est possible que cette évaluation de 10,5% ait été biaisée, les enfants minces n'ayant pas fait l'objet d'un tracé de courbe systématique.

Les vaccinations

L'état vaccinal de l'enfant est relevé sur le carnet de santé, lorsque celui-ci est présenté, soit dans 80% des cas.

La couverture vaccinale à 3-4 ans est de :

- 98,5 % pour le DTP,
- 98,2% pour la coqueluche
- 97,4% pour l'Haemophilus Influenzae b
- 55,2% pour l'hépatite B
- 96,4% pour le ROR
- 99,2% pour le BCG

Avec 96,4 % des enfants vaccinés, la couverture contre la rougeole, les oreillons et la rubéole est particulièrement bonne en Essonne. En effet, en 2001, 92 % des enfants de 4 ans étaient vaccinés sur le territoire français. Ce chiffre est inférieur aux recommandations de l'OMS qui préconise une couverture vaccinale d'au moins 95 % pour éradiquer ces trois maladies.

Enfin, l'orientation consistant d'une façon générale, à continuer à élever le niveau d'exigence de professionnalisation pour ces fonctions (il existe dans le 91 des formations complémentaires, non obligatoires), s'il présente des atouts en terme de qualité, risque d'être d'un intérêt limité puisque la plupart des intéressées ne s'engagent pas dans un métier ou une carrière. Une autre orientation pourrait consister, dans la mesure où les parents restent les employeurs, à les laisser en première ligne dans le cadre de leur responsabilité de parents et d'employeurs pour le suivi des prises en charges par les assistantes maternelles.

Danièle JOURDAIN-MENNINGER

Docteur Patricia VIENNE

Bernadette ROUSSILLE

Christophe LANNELONGUE

2. Evolution des vaccinations sur 9 ans

Comparaison Certificats du 24^{ème} mois et Bilans de 3-4 ans

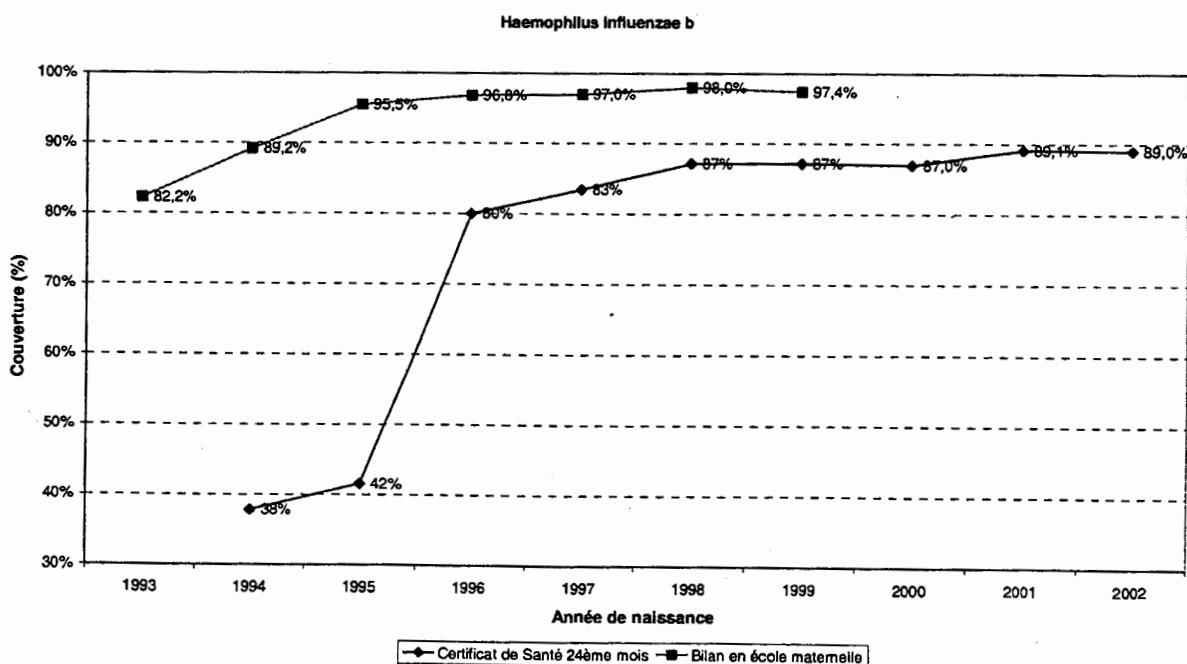
Les graphiques ci-après présentent l'évolution de l'état vaccinal des enfants selon leur année de naissance. La courbe du bas représente la couverture vaccinale telle qu'elle est connue par l'analyse des certificats de santé du 24^{ème} mois, celle du haut la couverture observée lors du bilan de santé en école maternelle.

Il faut préciser que ces deux courbes ne concernent pas les mêmes enfants à proprement parler. En effet, le département reçoit des certificats du 24^{ème} mois pour seulement 55 à 70 % des enfants de deux ans, et le bilan en école maternelle permet la vérification des vaccinations sur le certificat de santé chez environ 70 % des enfants de la classe d'âge concernée. On peut cependant supposer un certain « rattrapage » des vaccinations entre 2 et 3 ans pour l'entrée à l'école.

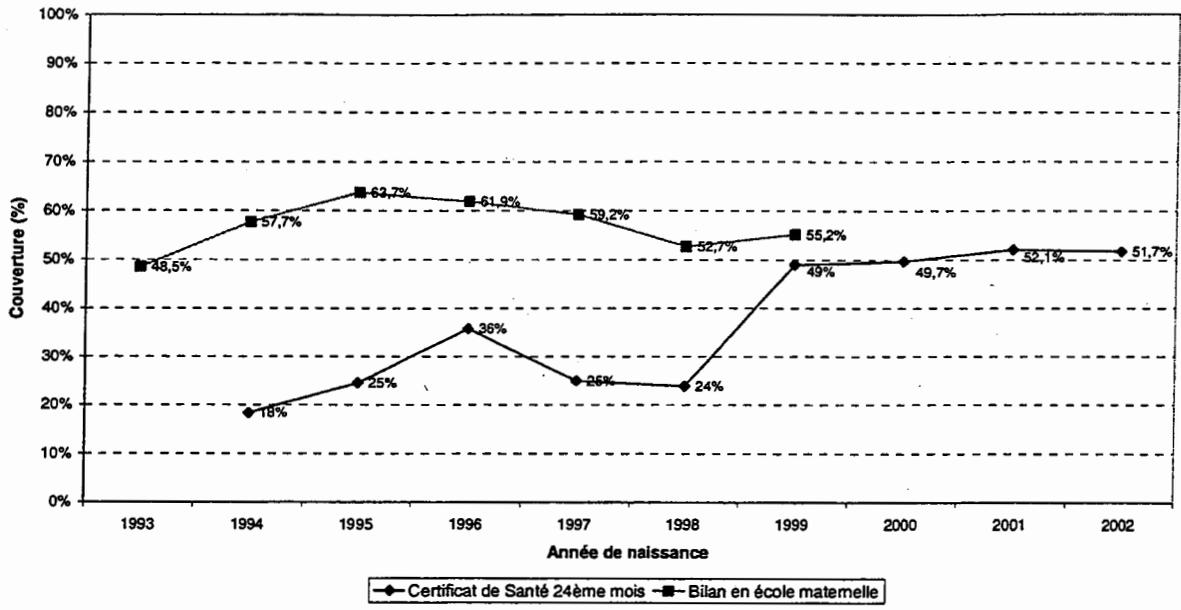
L'augmentation de la couverture vaccinale contre l'*Haemophilus*, chez les enfants de 2 ans nés en 1996, est due à la possibilité d'utiliser des vaccins pentavalents à partir de 1995.

L'augmentation importante de la couverture vaccinale de l'hépatite B chez les enfants de 1999 est en partie due à la simplification de la procédure vaccinale (3 injections) qui augmente le taux de vaccination « à jour » à deux ans. La couverture vaccinale à 3-4 ans contre l'hépatite B amorce cette année une légère reprise après plusieurs années de baisse. La couverture des enfants de 2 ans est stable autour de 50% depuis plusieurs années.

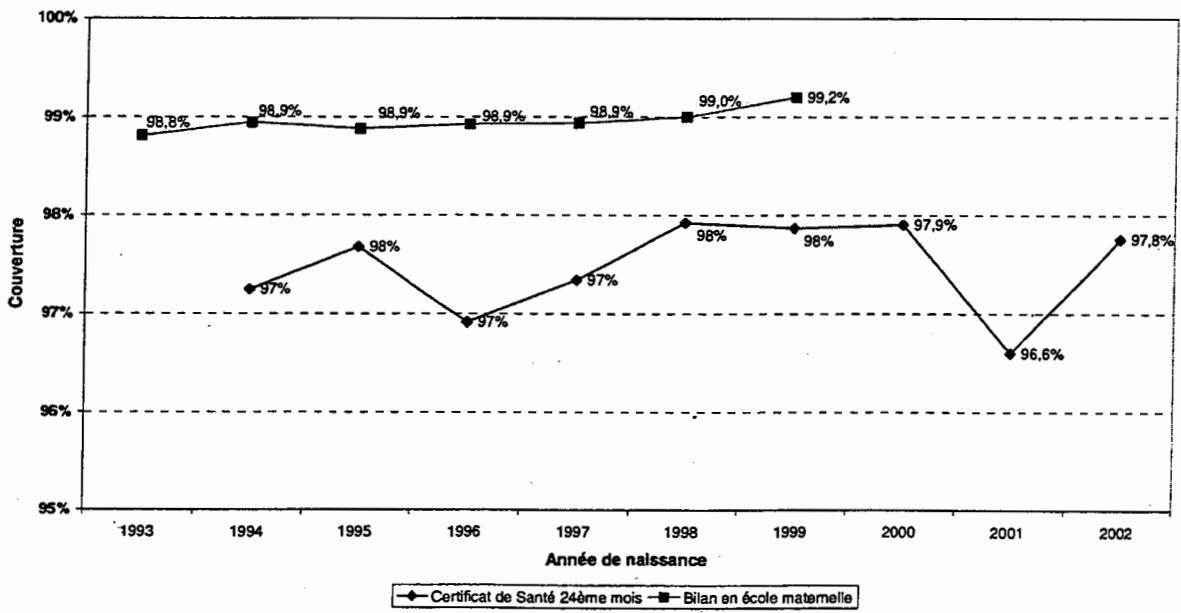
Dans les prochaines années, la courbe de couverture vaccinale BCG est à surveiller. En effet, l'arrêt de commercialisation du vaccin Monovax® (vaccination par multipuncture), qui rend la vaccination uniquement possible par voie intradermique, peut faire craindre une diminution de cette vaccination.



Hépatite B



BCG



Annexe 8 - Bilans de santé en écoles maternelles, résultat des dépistage effectués en 2002-03, et évolution des vaccinations sur 9 ans

**Annexe 9 - Etat de santé de l'enfant lors de son accueil chez une assistante
maternelle de l'ASE (recueil d'informations à visée épidémiologique)**

LES HOSPITALISATIONS

Au cours de la première année nombre total /___/ durée totale : mois /___/ semaine(s) /___/ jour(s)* /___/

Au cours des années suivantes nombre total /___/

L'EXAMEN MEDICAL

DATE :/...../.....

Age de l'enfant /___/ an(s) /___/___/ mois sexe : F M

Poids en kg /___,___/ Taille en cm /___,___/ TA /___/___/

La courbe d'IMC : non faite normale obésité rebond d'adiposité précoce si oui, à quel âge /___/___/

Maladie chronique ou handicap : non oui

Si oui préciser _____

Fait-elle l'objet d'un traitement ou d'une prise en charge au moment de l'examen ? oui non

Pathologie aiguë le jour de l'examen : non oui

Si oui préciser _____

Est-elle traitée ? non oui

Vision

L'enfant a-t-il un problème visuel déjà diagnostiqué, préciser : _____

Ce problème est-il pris en charge (lunettes orthoptiste....) et comment ? _____

Si pas de carnet ou jamais dépisté : Acuité visuelle au cours de l'examen :	Peut être fait dans un deuxième temps :
Sans correction œil droit _____ œil gauche _____	date :/...../..... **
Avec correction œil droit _____ œil gauche _____	

Audition

L'enfant a-t-il une diminution de l'audition déjà diagnostiquée, préciser : _____

Ce problème est-il pris en charge et comment ? _____

Si pas de carnet ou jamais dépisté : Audition au cours de l'examen :	Peut être fait dans un deuxième temps :
Oreille droite _____	date :/...../..... **
Oreille gauche _____	

Nombre total de : dents /___/ caries non soignées /___/ dent(s) soignée(s) /___/ dent(s) cassée(s)*** /___/

* inutile si la période est supérieure à une semaine

** attendre cet examen pour envoyer le questionnaire

*** cassées, mortifiées, etc..., ne pas compter si la dent est absente

EXAMEN	Données de l'examen (préciser la pathologie ou le trouble s'il y a lieu)	Trouble découvert à l'examen ?	Modalités de prise en charge antérieure
Comportement et relation avec l'adulte		non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
Développement psychomoteur		non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
Langage		non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
Peau, muqueuses, phanères		non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
Appareil cardio-vasculaire		non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
Appareil digestif		non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
Appareil locomoteur		non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
Appareil ORL		non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
Appareil OPH		non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
Appareil respiratoire		non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
Appareil uro-génital		non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
Courbe IMC		non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	

1
1

A la suite de cet examen l'enfant est-il (elle) adressé(e) à une (des) consultation (s) spécialisée(s) ? non oui
Préciser _____

Réponse du Président du conseil général de l'Essonne



**DIRECTION DE LA PROTECTION MATERNELLE ET
INFANTILE**

Service des moyens des territoires

Inspection générale des affaires sociales
Service des rapports
Monsieur André NUTTE
25/27 rue d'Astorg

75008 - PARIS

- 4 OCT. 2006

EVRY, le

782

Monsieur,

Par votre courrier en date du 19 juillet 2006, vous avez bien voulu me transmettre le rapport provisoire relatif à la Direction de protection maternelle et infantile de l'Essonne et je vous en remercie.

Je tiens à souligner ici la qualité et l'intérêt de ce rapport et je me félicite de la collaboration qui s'est construite entre les rapporteurs de l'Inspection générale des affaires sociales et les services départementaux de la PMI.

Ce rapport intervient dans un contexte particulier puisque l'Exécutif et l'Assemblée départementale du Conseil général de l'Essonne vont engager un débat et délibérer sur les nouvelles orientations de la politique de protection maternelle et infantile avant la fin de l'année 2006. Ce rapport constitue donc un outil complémentaire permettant d'alimenter notre réflexion.

Ainsi, les prochaines orientations de la PMI intégreront pleinement l'approche « objectifs / moyens ».

J'ai confié le soin à la Direction de PMI d'analyser finement le rapport. Vous trouverez donc les commentaires techniques afférents au rapport dans la fiche jointe.

Je remarque à la lecture de ce rapport que la partie 7 est moins une appréciation générale de la mission qu'une série de recommandations. J'aurais souhaité que cette partie mette en exergue d'une part les spécificités essonniennes qui constituent les points forts de cette politique et d'autre part les points faibles qui font l'objet de préconisations.

Par ailleurs, je trouverais intéressant que vous puissiez nous présenter les conclusions de ce rapport par étude comparée avec les autres départements qui ont fait l'objet d'une mission d'étude similaire.

Le courrier doit être adressé
à Monsieur le Président
du Conseil général

Hôtel du Département
Boulevard de France
91012 Évry cedex

Téléphone : 01 60 91 91 91
Télécopie : 01 60 91 91 77

www.essonne.fr

74

Je vous remercie pour tout l'intérêt que vous pourrez porter à ces observations. Les services de la Direction de la PMI restent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

Pour le Président et par délégation
La Présidente déléguée chargée de l'enfance, de
la famille et des droits des femmes

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'CLC', with a long horizontal stroke extending to the right.

Claire-Lise CAMPION



FICHE TECHNIQUE

- ✓ Dans la partie 1.1 relative à la présentation du Département de l'Essonne à travers quelques indicateurs (P.5), aucune donnée sur la démographie médicale du département n'apparaît. Celle-ci impacte pourtant profondément l'activité de la PMI, comme vous le soulignez à plusieurs reprises dans le rapport. A titre informatif, vous trouverez ci-dessous quelques données chiffrées concernant le Département de l'Essonne et datant de janvier 2005, fournies par l'Ordre national des médecins (<http://www.conseil-national.medecin.fr>) :

- médecine générale : 1621
- gynécologie - obstétrique : 43
- gynécologie médicale : 57
- pédiatrie : 111

La densité médicale de l'Essonne (c'est-à-dire le nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants) en 2001 était de 250 pour 100 000, alors qu'elle était de 318 pour 100 000, pour le territoire national dans son ensemble.

- ✓ Dans la partie 1.2.2.2 relative au pilotage et à l'animation opérationnelle (P.10), vous écrivez « (...) *Son intensité est aussi limitée par la faiblesse du système d'information sur les activités* (...) » Il convient ici de relativiser ces propos. En effet, lors de la mission d'étude, il était apparu que la Direction de la PMI disposait d'un certain nombre d'outils permettant de mesurer l'activité du service. En revanche, le système « d'informatisation » des données est sans doute à perfectionner.

Dans cette même partie, vous écrivez « (...) *des réunions entre les cadres de la direction et les responsables territoriaux ont lieu tous les 15 jours avec les médecins responsables de PMI dans les MDS.* » Ces réunions réunissent en réalité les cadres de la direction et les seuls médecins responsables des missions de PMI (RMPMI).

- ✓ Dans la partie 1.3.2.3 relative aux politiques de gestion pour les différentes catégories (P.15), concernant les puéricultrices, vous évoquez l'inadaptation de la formation hospitalière de cadre de santé. Effectivement, la formation dispensée par l'école des cadres, orientée vers le secteur hospitalier n'est pas adaptée aux puéricultrices cadres de territoire pour lesquelles une formation en santé publique serait nécessaire. En revanche, il convient de préciser que cette situation ne concerne que les « puéricultrices cadres ». Or, toutes les puéricultrices travaillant à la PMI ne sont pas cadres (puéricultrices de secteur) et leur formation initiale correspond aux besoins de l'activité liée à la PMI.

Dans cette même partie, concernant les conseillères conjugales (P.15), vous écrivez que « *les candidates sont donc amenées à passer des concours administratifs qui sont peu favorables en terme de rémunération.* » Si les conditions de rémunération sont effectivement peu favorables, il apparaît également et surtout que les concours administratifs auxquels les candidates se soumettent sont inadaptés (concours de rédacteur territorial par exemple). Ces derniers n'ont pas de lien direct avec leur cœur de métier.

- ✓ Dans la partie 2.1 relative à la place de la planification familiale dans la stratégie du Département (P.17), vous écrivez que « *Les activités de planification familiale n'occupent pas une place majeure dans la stratégie du Département ; elles ne font pas l'objet de réflexions particulières dans le nouveau schéma départemental de l'enfance.* » Comme vous le précisez dans la partie concernant les orientations stratégiques (P.10), de nouvelles orientations pluriannuelles pour la PMI sont en cours d'élaboration et devraient être soumises à l'Assemblée départementale en septembre - octobre 2006. Les activités de planification représentent un axe fort de ces nouvelles orientations et de la politique de prévention développée par la PMI.
- ✓ Dans la partie 4.1 relative aux activités de protection infantile (P.24), vous écrivez, pour évoquer la politique de territorialisation et la recherche d'adéquation entre l'offre de services et les besoins de la population, que « *Cette tendance n'est pas aboutie et on relève encore certaines disparités.* »
Pourtant, cette tendance apparaît presque aboutie, et les disparités sont le fruit d'une politique volontariste de recherche d'adéquation entre l'offre et les besoins. Si des disparités existent, elles sont même encouragées dans un souci « d'équité ». Comme vous le soulignez dans la partie 1.2.1.4 sur l'organisation et les moyens des services de PMI (P.9), les moyens sont différenciés en fonction des besoins. Par exemple, les effectifs sont plus importants dans des centres qui accueillent un public rencontrant des difficultés sociales plus délicates.
- ✓ Dans la partie 4.5 relative au suivi médical des enfants de l'aide sociale à l'enfance – ASE - (P.29), vous écrivez que « *La PMI est compétente pour le suivi médical des enfants de l'ASE (...)* » Il convient de préciser que cette activité intervient en collaboration avec la Direction de la prévention et de santé. En effet, les infirmières des Centres Départementaux de Prévention et de Santé (CDPS) reçoivent également les mineurs pris en charge par l'ASE.
- ✓ Dans la partie 6-4-1 relative à l'agrément des assistants maternels (P.36) concernant le retrait d'agrément, vous écrivez, en note de bas de page n° 13, que « *le nombre de refus ou de retrait d'agrément est faible : 5 en 2004* »

Les chiffres dont les services de PMI disposent, sont très sensiblement différents pour l'année 2004 :
 - retraits d'agrément pour des assistants maternels et familiaux : 94
 - refus d'agrément : 82.
 Par ailleurs, il convient de préciser qu'il existe 231 annulations d'agrément, c'est-à-dire 231 renoncements à l'agrément des assistants maternels eux-mêmes.
- ✓ Dans la partie 6-4-3 relative à la formation des assistants maternels (P.37), vous précisez que « *les formations complémentaires sont réalisées par les professionnels de la PMI en interne* ». Or, seulement une partie des formations complémentaires est assurée par des professionnels de la PMI, l'autre partie est assurée par des organismes extérieurs de formation.
- ✓ Dans la partie 7.4.1 relative à la protection infantile (P.40), vous préconisez le développement d'actions en direction des structures d'hébergement (hôtels, squats,..). Je vous informe que les professionnels de la PMI interviennent déjà au sein des structures d'hébergement. Une action a même été mise en place pour l'hôtel se situant sur la commune de Paray-Vieille-Poste, afin de permettre l'accueil spécifique par du personnel de PMI une demi-journée par semaine des parents et enfants hébergés dans cet hôtel.
- ✓ Dans la partie 7.4.3 relative aux bilans en école maternelle (P.41), vous évoquez « *la mise en place du DMP* », mais de quel dispositif s'agit-il ? Quelle est la signification de ce sigle et à quoi cela correspond-il ?
- ✓ Dans la partie 7-4-4 relative aux modes de garde des enfants (P.41), vous dites que « *700 agréments de plus ont été réalisés entre 2000 et 2005* », les chiffres des services de PMI correspondent plutôt à 880 agréments en plus entre 2000 et 2005.

**Mission d'étude relative à la politique départementale
de protection maternelle et infantile**

Département de l'Hérault

Rapport définitif

***Rapport présenté par :
Bernadette ROUSSILLE et Christophe LANNELONGUE***

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé.***

***Rapport n° 2006-093
Octobre 2006***

**Mission d'étude relative à la politique départementale
de protection maternelle et infantile**

Département de l'Hérault

Rapport initial modifié

Rapport présenté par :
Bernadette ROUSSILLE et Christophe LANNELONGUE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Rapport n°2006-093
Juillet 2006

SOMMAIRE

Rapport initial 1 à 46
Ce rapport a été modifié pour tenir compte de la réponse du Président du conseil général de l'Hérault

Annexes du rapport initial..... 47 à 59

Réponse du président du conseil général de l'Hérault..... 60 à 61

Ces réponses n'appellent pas d'observation de la part de la mission

Sommaire

INTRODUCTION.....	3
1 PRÉSENTATION DE L'HÉRAULT À TRAVERS QUELQUES INDICATEURS	5
2 LE POSITIONNEMENT DU SERVICE DE PMI AU SEIN DU DISPOSITIF SANITAIRE DU DÉPARTEMENT.....	6
2.1 UNE OFFRE DE SOINS ET DE PRISE EN CHARGE MÉDICO SOCIALE ABONDANTE ET DIVERSIFIÉE.....	6
2.2 LA RECHERCHE D'UNE COMPLÉMENTARITÉ OPTIMALE AVEC LA MÉDECINE DE VILLE ET L'HÔPITAL	7
2.3 LE DÉVELOPPEMENT DU PARTENARIAT À TRAVERS L'ÉLABORATION DES PROGRAMMES RÉGIONAUX DE SANTÉ (PRS) ET DES SROS.....	8
2.3.1 <i>Le partenariat en matière de périnatalité</i>	8
2.3.2 <i>Le partenariat en matière de santé des enfants</i>	9
2.3.3 <i>Les perspectives offertes par le Programme Régional de Santé Publique (PRSP), la constitution du groupement régional de santé publique (GRSP) et le SROS 3</i>	10
2.4 APPRÉCIATION DE LA MISSION.....	11
3 ORGANISATION ET RESSOURCES DU SERVICE DE PMI.....	12
3.1 L'ORGANISATION	12
3.1.1 <i>La DPMIS</i>	12
3.1.2 <i>Les agences</i>	13
3.1.3 <i>Le pilotage et l'animation des services</i>	14
3.1.3.1 Les orientations stratégiques et les objectifs opérationnels.....	14
3.1.3.2 L'animation	15
3.2 APPRÉCIATION DE LA MISSION SUR LA PLACE DE LA PMI DANS LES SERVICES DU CONSEIL GÉNÉRAL	16
3.3 LES RESSOURCES	17
3.3.1 <i>L'aspect budgétaire et financier</i>	17
3.3.1.1 Les dépenses de PMI	17
3.3.1.2 Les recettes apportées par l'assurance maladie.....	18
3.3.2 <i>Les ressources humaines</i>	18
3.3.2.1 L'évolution des moyens de la PMI	18
3.3.2.2 Les principaux axes opérationnels	19
3.3.3 <i>Les systèmes d'information</i>	20
3.4 APPRÉCIATION DE LA MISSION.....	21
4 LA PLANIFICATION FAMILIALE	22
4.1 LA PLACE DES ACTIVITÉS DE LA PLANIFICATION ET D'ÉDUCATION FAMILIALE DANS LA STRATÉGIE DES SERVICES DE PMI.....	22
4.2 L'ORGANISATION ET LES RESSOURCES AFFECTÉES AUX ACTIVITÉS	23
4.3 LES ACTIVITÉS	24
4.3.1 <i>Les activités de consultation</i>	24
4.3.2 <i>Les activités d'information sur la sexualité à l'école</i>	25
4.4 APPRÉCIATION DE LA MISSION.....	25
5 LES ACTIVITÉS PRÉ ET POSTNATALES	26
5.1 INDICATEURS DE PÉRINATALITÉ	26
5.1.1 <i>Mortalité périnatale</i>	26
5.1.2 <i>Autres indicateurs</i>	26
5.2 LES ACTIVITÉS	27
5.2.1 <i>L'information du public</i>	27
5.2.2 <i>Les actions collectives</i>	27
5.2.3 <i>Le suivi des grossesses</i>	27
5.2.4 <i>Le partenariat</i>	28
5.2.5 <i>La question de l'entretien du 4^{ème} mois</i>	29

5.3	APPRÉCIATION DE LA MISSION.....	31
6	LES ACTIONS SUR LA SANTÉ DES ENFANTS	32
6.1	ELÉMENTS GÉNÉRAUX SUR L'OFFRE DE SERVICE DE LA PMI EN MATIÈRE DE SANTÉ DES ENFANTS	32
6.2	LES VISITES À DOMICILE (VAD).....	33
6.3	LES CONSULTATIONS	34
6.4	LES ACTIONS COLLECTIVES : LA POLITIQUE DE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ.....	35
6.4.1	<i>La politique de soutien à la parentalité.....</i>	35
6.4.2	<i>Les actions mises en œuvre</i>	36
6.4.2.1	Les lieux d'accueils parents enfants	36
6.4.2.2	La maison de la famille et de l'enfance au quartier Alco (Petit Bard Pergola Cévennes à Montpellier) ..	37
6.5	LES BILANS DE SANTÉ À L'ÉCOLE MATERNELLE	38
6.5.1	<i>Les bilans de santé</i>	38
6.5.2	<i>Les autres activités de la PMI à l'école.....</i>	39
6.5.3	<i>Place des activités à l'école maternelle dans l'emploi du temps des médecins.</i>	40
6.6	LA RELATION AVEC LES SERVICES DE PROTECTION DE L'ENFANCE.....	40
6.6.1.1	Les interventions de la PMI sur les situations de mauvais traitement.....	40
6.6.1.2	Le suivi sanitaire des enfants de l'ASE	40
6.7	APPRÉCIATION DE LA MISSION.....	41
7	L' AGRÉMENT ET LE SUIVI DES ASSISTANTS MATERNELS	42
7.1	DONNÉES QUANTITATIVES POUR 2005.....	42
7.2	ANALYSE DE LA FONCTION D'AGRÉMENT DES ASSISTANTS MATERNELS	42
7.3	LA FORMATION DES ASSISTANTS MATERNELS	43
7.4	LES QUESTIONS POSÉES PAR LA CHARGE DE TRAVAIL LIÉE AUX ASSISTANTS MATERNELS	43
8	L'APPLICATION DES NORMES RÉGLEMENTAIRES	45
8.1	LES NORMES	45
8.2	COMMENTAIRES DE LA DPMIS	45
	CONCLUSION	46
	ANNEXES	

Introduction

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a réalisé depuis 2003, dans le cadre de son programme de travail annuel, le contrôle de 4 services de Protection Maternelle Infantile (PMI) dans les départements de Seine Saint Denis, du Finistère, de l'Ain et de la Guadeloupe. Ces enquêtes ont fait le constat d'une grande hétérogénéité dans les activités mises en œuvre dans les différentes collectivités départementales et dans certains cas d'une difficulté à couvrir les missions légales et d'un non respect des normes minimales réglementaires.

Ces constats recourent ceux effectués par la Défenseure des Enfants, dans son rapport annuel 2002, qui faisaient apparaître les services de PMI comme *un « système performant mais une réalité inégale »*. Elle appelait à une rénovation et à un renforcement des attributions de la PMI.

Dans ce contexte, fin 2005, l'IGAS a proposé aux ministres d'inscrire à son programme annuel de travail une large enquête sur l'avenir de la PMI. Ce thème a été retenu comme prioritaire par les deux ministres concernés.

De plus, suite au débat public sur la protection de l'enfance initié en 2005, le gouvernement a engagé la préparation d'un projet de Loi transmis au conseil des ministres à la mi-avril 2006 qui devrait être voté définitivement à l'automne. Les ministres souhaitaient également intégrer dans ce projet de Loi des dispositions concernant la protection maternelle et infantile avec la volonté forte de trouver un consensus avec les représentants des collectivités locales gestionnaires de ce domaine de compétences.

C'est pourquoi, par lettre du 20 février 2006 (jointe en annexe 1), le ministre de la santé et des solidarités a saisi l'Inspection générale des affaires sociales d'une mission d'étude sur la protection maternelle et infantile visant à proposer *« les axes fondamentaux d'une politique rénovée en terme de missions et d'obligations, ainsi que les modalités à développer pour assurer son rôle clé dans le domaine de la prévention, notamment au regard de la protection de l'enfance »*.

Cette mission confiée à Mmes Danièle JOURDAIN-MENNINGER, Bernadette ROUSSILLE, à Mme le docteur Patricia VIENNE et à M. Christophe LANNELONGUE, membres de l'IGAS, s'est déroulée entre le 1^{er} mars et le 30 juin 2006.

Pour procéder à ces investigations, et en complément des contrôles déjà réalisés et des rencontres et entretiens avec les responsables nationaux et les représentants des professionnels, la mission a choisi de se déplacer dans cinq départements (Calvados, Essonne, Hérault, Meurthe et Moselle et Paris). La collectivité départementale-Ville de Paris fait l'objet d'une mission conjointe IGAS –Inspection de la Ville de Paris. Chaque département fait l'objet d'un rapport de site avec procédure contradictoire simplifiée. L'ensemble des propositions de la mission sont contenues dans le rapport de synthèse.

Dans l'Hérault, la mission sur le terrain s'est déroulée les 10, 11 et 12 avril 2006. Des contacts complémentaires se sont poursuivis en mai et juin 2006. Le planning de travail de la mission et la liste des personnes rencontrées figurent en annexe 2.

Les membres de la mission tiennent à souligner :

- la qualité de l'accueil des responsables administratifs et la disponibilité des responsables de la PMI,
- la richesse des échanges avec les professionnels des circonscriptions et les représentants des organismes et institutions rencontrés,
- l'aide apportée à la mission, notamment à travers le remplissage du questionnaire IGAS.

Les appréciations de la mission quant à la mise en œuvre des missions relevant de la politique de protection maternelle et infantile dans l'Hérault doivent être comprises comme une contribution à la réflexion dans une optique d'amélioration de l'action publique en direction des citoyens et des usagers de la PMI.

1 Présentation de l'Hérault à travers quelques indicateurs

L'Hérault compte une population de 969 159 habitants en 2004 pour une superficie de 6 101 km². Sa densité est de 158 habitants au km², plus élevé que celle du niveau national (110 habitants).

L'Hérault est un département urbain à 83% avec l'agglomération de Montpellier (290 000 habitants) suivie de loin par celle de Béziers (78 000 habitants) avec une bande côtière touristique et des zones à fortes disparités économiques et socioprofessionnelles.

Le solde migratoire y est positif, notamment en raison de l'installation de familles ou de personnes isolées en provenance d'autres départements : la population notamment des moins de 6 ans y est croissante. En 2003 elle était estimée à 67 000 enfants.

Données démographiques

	1990	2002	2003	2004
Population totale	799 161	933 204	956 159	969 622
Nombre d'habitants de 15 à 50 ans	404 473	460 073	469 624	474 169
Nombre d'enfants de moins de 6 ans	57 616	63 672	65 518	67 012
Part des 0-20 ans	26,8%	25,7 %	25,6%	25,6%
Taux de natalité (pour 1000)	12,6	12,3	11,8	ND
Nombre d'enfants nés vivants de parents résidant dans le département	10 090	11 486	11 380	11 344

Source : Conseil général.INSEE

ND : non disponible

Le taux de natalité, de 11,8 pour 1000 habitants, y est inférieur au taux national (12,7 en 2003). Le nombre de naissances domiciliées dans le département en 2004 était de 11 344 (soit 1,5 % du total des naissances répertoriées sur le territoire français). Le taux de mortalité infantile (décès de moins de 1 an pour 1000 naissances) était en 2003 de 3 (taux national de 4,3). La mortalité périnatale se situait à 8,1 pour 1000 (8,2 en France).Péjoratifs, il y a 15 ans par rapport à la moyenne du pays, ces indicateurs se sont redressés.

Le département présente des indicateurs sociaux défavorables et connaît de fortes disparités sociales. Au 1^{er} janvier 2004, le taux de chômage était de 13,6%, très supérieur au taux national (9,9%) avec 29% de chômeurs de longue durée. En 2004, le taux de familles monoparentales étaient de 7,8% (au plan national 7,4% mais en 1999). La proportion de bénéficiaires de l'allocation de parent isolé (API) pour 1000 femmes de 15 à 64 ans était de 14,7 % et 20,6% de femmes n'avaient pas eu les 7 consultations prénatales obligatoires : ces chiffres donnent une idée du noyau dur de la "clientèle" potentielle de la PMI.

2 Le positionnement du service de PMI au sein du dispositif sanitaire du département

La direction de la PMI a développé de longue date une réflexion sur le positionnement de la PMI. Selon cette approche, la PMI doit se situer en complémentarité par rapport aux autres composantes de l'offre de soins que constituent la médecine de ville mais aussi l'offre hospitalière.

2.1 Une offre de soins et de prise en charge médico sociale abondante et diversifiée

Dans le département de l'Hérault, encore plus que dans le reste de la région Languedoc-Roussillon, il existe une offre de soins à la fois abondante et diversifiée et donc une situation très favorable par rapport aux autres régions françaises (Ile-de-France et PACA exceptées).

C'est d'abord vrai pour les effectifs de médecins qui font du Languedoc Roussillon une région très médicalisée : 359 médecins pour 100 000 habitants contre 326 au niveau national en 2001. Les projections réalisées par la DRASS en 2003 sur la période 2001/2020¹ à *numeris clausus* constant, font apparaître une baisse prévisible de quelque 24 % des médecins à l'horizon 2020 mais, en fait, cela placerait la région dans une situation peu différente de la Picardie aujourd'hui. Les effectifs de médecins généralistes (4 160 en exercice au 01/01/2001) devraient diminuer de 22% soit nettement plus que dans l'ensemble du pays (moins 10 %). Ceux de gynécologues obstétriciens (220 en exercice au 01/01/2001) devraient diminuer de 6 % contre 16 % au niveau national mais la part des effectifs en ville ne reculerait que légèrement. En revanche, pour les pédiatres (225 au 01/01/2001), les effectifs se réduiraient nettement : moins 18% contre moins 21 % pour le reste du pays. Enfin le déficit en psychiatres en dispensaire, voire en libéral est d'ores et déjà manifeste, alors que les orientations de la PMI vers ces professionnels se développent.

S'agissant des sages-femmes : en 2003, 345 étaient en exercice dans le département de l'Hérault soit une densité globale de 149,6 sages femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans, nettement supérieure à la moyenne nationale de 115. Dans l'Hérault, 234 sages femmes (67 %) étaient employées en hôpital public ou privé et 87 (25 %) en libéral à comparer aux 18 (5 %) employées par la PMI.

Pour les infirmières puéricultrices dont 421 exerçaient dans le département (56 en PMI en 2004), la situation était également beaucoup plus favorable que dans le reste du pays. Pour les autres professions de santé, on retrouve une situation plus favorable pour les orthophonistes (deuxième rang français pour la région) mais nettement plus péjorative pour les psychomotriciens (5,4 pour 100 000 habitants contre 7 pour la région et 9 en moyenne en France). Ce dernier déficit a été signalé plusieurs fois à la mission par les équipes de terrain.

¹ Voir Démographie médicale de la région Languedoc-Roussillon médecins projections 2001/2020 DRASS Languedoc-Roussillon avril 2003 et Démographie des professions de santé en région Languedoc Roussillon au 1/01/2003 sages-femmes et professions para médicales DRASS Languedoc Roussillon décembre 2004.

En terme d'établissement, le département de l'Hérault est bien équipé avec trois maternités dont l'une, celle du CHU de niveau 3 et deux autres de niveau 2 réalisant chacun plus de 2 000 par an.

2.2 La recherche d'une complémentarité optimale avec la médecine de ville et l'hôpital

Du point de vue des responsables de la PMI, la recherche de la complémentarité doit conduire à ce que l'offre de service de la PMI soit orientée en priorité sur des prestations ou des publics qui ne sont pas pris en charge de manière satisfaisante par les autres composantes de l'offre de soins, sans que pour autant la PMI ne se substitue aux carences des uns ou des autres. La PMI doit donc intervenir là où elle apporte une valeur ajoutée réelle.

Pour les femmes enceintes, la démographie médicale en gynéco-obstétrique et l'offre de places maternités ont toujours été favorables dans le département. Dans la dernière période toutefois, l'existence de dépassements importants a pu pénaliser des femmes en situation socio-économique difficile. Mais surtout, au-delà des obstacles financiers d'ailleurs réduits par la CMU, l'accès aux soins est lié à des facteurs d'ordre culturels et sociologiques, particulièrement prégnants chez les personnes en situation de précarité : place de la santé dans les préoccupations des personnes, attitude par rapport au monde des soignants, rapport à la maladie. Ainsi, par exemple, s'agissant du suivi des grossesses, la très grande majorité de la population concernée bénéficie d'une prise en charge très forte alors que une partie réduite mais croissante est complètement en dehors de tout accompagnement².

Pour optimiser la complémentarité avec les autres composantes de l'offre de soins, la PMI a limité dans l'Hérault son offre de consultations prénatales à quatre sites où résident des populations très défavorisées. Pour les personnes qui ne résident pas dans ces quartiers, ce sont les maternités qui, par délégation sur la base d'une convention, mettent en œuvre les consultations.

Pour les enfants et particulièrement pour les nourrissons, il faut prendre en compte l'impact de la diminution de la présence des pédiatres et les difficultés de l'accès aux urgences. Même si les médecins généralistes développent des compétences de pédiatrie à travers leurs stages, les conditions actuelles d'exercice rendent plus délicates le suivi des nourrissons (par exemple la consultation dans les premiers mois avec bilan, pesée, mesure, vaccins etc.) d'autant plus que l'exercice médical en libéral s'effectue, dans notre pays, sans participation paramédicale. De plus dans certaines spécialités, comme par exemple l'ophtalmologie, le nombre limité de praticiens et la fréquence de dépassements importants complique l'accès aux soins, alors que la PMI, qui peut dépister mais non traiter, ne peut pas s'inscrire en complémentarité ou en substitution. Il en est de même pour la psychiatrie.

Dans ce contexte, la PMI représente d'abord une facilitation majeure dans l'accès aux soins préventifs et curatifs pour les personnes en situation de précarité. Mais du point de vue des responsables de la PMI, l'offre de service de la PMI ne doit pas être limitée à cette partie de la population et la PMI doit rester un service à vocation universelle. En effet, elle apporte

² Cette situation est mesurée à travers la part des déclarations tardives de grossesse et le pourcentage des femmes qui n'ont pas bénéficié des examens prénataux "obligatoires: ainsi dans l'Hérault 21% n'ont pas eu les 7 consultations prénatales.

potentiellement une valeur ajoutée spécifique à toute la population, du fait de sa capacité à articuler de manière très étroite prévention sanitaire et accompagnement social. S'agissant des enfants par exemple, la PMI met en œuvre un accompagnement en terme de parentalité qui s'adresse à l'ensemble de la population : les cibles privilégiées sont d'abord les mères primipares et les femmes isolées, quelle que soit leur situation socio-économique. Ce positionnement n'est pas exclusif d'un effort pour accompagner les plus précaires dans l'accès au service, la territorialisation poussée de l'organisation des services ayant conduit notamment à une articulation étroite avec la protection de l'enfance.

2.3 Le développement du partenariat à travers l'élaboration des programmes régionaux de santé (PRS) et des SROS

La recherche d'une forte complémentarité entre la PMI et les autres offreurs de soins a conduit les responsables à développer le partenariat. Celui-ci s'est développé aussi en fonction des opportunités sur le terrain et d'une manière spécifique aux différents blocs d'activité³. Mais surtout, à partir du milieu des années 1990 des programmes régionaux de santé (PRS) ont été lancés sur des thèmes centraux pour la PMI : la périnatalité, l'alimentation et la nutrition. En matière d'inclusion, un PRAPS (programme régional d'accès à la prévention et aux soins des populations précarisées) a été démarré en 2000. La préparation et la mise en œuvre du SROS 2 ont conduit les services de l'Etat et ceux de l'Assurance Maladie à être actifs dans des champs qui concernent directement ou indirectement la PMI et d'abord pour ce qui concerne la périnatalité.

2.3.1 Le partenariat en matière de périnatalité

En Languedoc Roussillon, la commission régionale de la naissance (CRN) a été mise en place en 1999 mais, en fait, elle a pris la suite d'une instance qui avait fonctionné de manière effective depuis longtemps, la commission technique régionale de la naissance. La CRN a été un facteur clef pour le développement du partenariat dans la politique de périnatalité. La DRASS est allée au-delà de la stricte application des textes d'organisation et a fait participer aux réunions de la CRN la totalité des services de PMI de la région alors que les textes n'en prévoyaient qu'un. Elle a aussi mis à disposition de la CRN un demi-équivalent temps plein de médecin inspecteur, ce qui a permis une réelle capacité de pilotage et d'animation de ses travaux. Au fil des années, trois services de PMI, dont celui dont l'Hérault ont été particulièrement actifs dans les groupes de travail thématiques constitués au sein de la CRN.

Les participants de la CRN se sont engagés dans la construction d'un programme régional de santé (PRS) périnatalité fondé sur une approche globale intégrant les dimensions de prévention, de qualité, d'éducation et d'organisation des soins, en articulation étroite avec le SROS 2. A partir de 2004, un réseau régional périnatalité « Naître en Languedoc Roussillon », financé sur décisions conjointes de l'ARH et de l'URCAM dans le cadre de Dotation de Développement des Réseaux (DDR) a été mis en place pour organiser le partenariat et concrétiser la stratégie ainsi définie.

³ Les blocs d'activité au sens de ce rapport sont: la planification, l'activité pré/postnatale, la protection infantile, les bilans à l'école maternelle, les agréments d'assistantes maternelles, le suivi sanitaire des enfants de l'ASE évoqués plus haut. Il sera traité des formes concrètes de partenariat dans les chapitres relatifs à ces blocs d'activité.

Les objectifs du PRS étaient de comprendre les causes de surmortalité régionale, de cibler les actions de préventions et de soins pour les 1% de grossesses très mal suivies. Des résultats significatifs ont été obtenus à travers :

- l'adaptation de l'offre hospitalière et la mise en place d'une cellule d'aide à l'orientation des mères et des nouveau-nés en situation de transfert,
- le démarrage de la mise en place d'un dossier commun périnatal informatisé financé par une subvention au titre du programme de santé et par le Conseil régional, ce projet a progressé de manière significative à travers la validation de la structure du dossier avec ses trois volets : grossesse, accouchement et enfant jusqu'à 28 jours. La constitution d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) est en cours pour gérer ce système et l'articuler avec le DMP (dossier médical partagé).
- la mise en place de protocoles de prise en charge obstétricale et pédiatrique et la mise place de procédures permettant l'analyse des événements indésirables
- l'amélioration de la prise en charge des femmes présentant une grande vulnérabilité psychique à travers des formations
- le développement de l'information et de l'éducation à la santé des femmes sur la naissance et des actions de prévention en milieu scolaire autour des questions de contraception.

Ces orientations et le programme de travail du réseau ont largement pris en compte les préoccupations spécifiques des services de PMI, notamment au bénéfice des personnes en difficulté.

Ainsi, par exemple, une action spécifique pour l'informatisation de la collecte des certificats de santé a été engagée. Deux services de PMI, ceux de Gard et de l'Hérault vont être pilotes pour l'introduction d'un volet supplémentaire destiné à suivre les visites à domicile (VAD) des sages femmes et la réalisation de l'entretien du 4^{ème} mois. L'action de la CRN a ainsi permis d'anticiper le plan périnatalité 2005/2007.

Plus généralement, le fonctionnement de la CRN et des instances de direction du réseau « Bien naître en LR » a conforté les liens entre les acteurs et a permis de créer des réseaux locaux prolongeant sur un territoire départemental l'action du dispositif (voir plus loin la partie sur l'action en prénatal) ;

Cette démarche va se poursuivre en développant le partenariat en amont des naissances (par exemple dans le cadre de la mise en place de l'entretien du 4^{ème} mois et en aval après l'accouchement. Dans les deux cas, la CRN pourra s'appuyer sur les orientations fixées par le cahier des charges pour les réseaux périnatalité établi par l'UNCAM et la DHOS et par celui établi par l'ARH et l'URCAM pour les procédures de financement des réseaux périnatalité en Dotation de Développement des Réseaux (DDR).

Dans ce sens, un projet de réseau d'aval pour le suivi des nouveau-nés à risque a été élaboré. Il s'agit d'organiser le suivi des enfants à haut risque nés avant 32 semaines en facilitant la mobilisation de ressources du CHU et des CAMPS et de ceux à risque plus limités, nés entre 33 et 36 semaines, en organisant la prise en charge par les médecins PMI et les pédiatres de ville associant des psychomotriciens, des psychologues ou des psychiatres à des étapes clefs. Tous les acteurs de la périnatalité, du public comme du privé, sont pleinement associés à ce projet.

2.3.2 Le partenariat en matière de santé des enfants

Dans ce domaine il n'y a pas eu, en Languedoc-Roussillon contrairement à d'autres régions, un PRS global sur le thème de la santé des enfants. Ce thème est donc réparti dans

différents programmes régionaux de santé ou actions du SROS 2. La commission régionale des soins de l'enfant et de l'adolescent mise en place par une circulaire DGS/DHOS/DGAS de 2002 n'a pas joué le rôle de la CRN en matière de périnatalité.

En application du Plan National Nutrition Santé (PNNS) de 2001, le PRS Alimentation nutrition a été mis en œuvre à partir de la conférence régionale de santé qui est intervenue fin février 2002 avec pour objectifs majeurs de développer la prévention et l'éducation pour la santé en matière de comportements alimentaires et d'activité physique. Ce programme a bénéficié d'études menées par l'ORS sur la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents. Un groupe de travail a été mis en place sous l'égide de l'ARH. Mais les débouchés opérationnels ont été très limités et les services de PMI n'ont pas été véritablement parties prenantes des actions de ce programme.

Dans une certaine mesure cette situation s'explique par la difficulté rencontrée pour assurer le pilotage de ce programme.

2.3.3 Les perspectives offertes par le Programme Régional de Santé Publique (PRSP), la constitution du groupement régional de santé publique (GRSP) et le SROS 3

La préparation du programme régional de santé publique et celle du SROS 3, qui se sont faits parallèlement, a été l'occasion d'évaluer l'impact des actions déjà réalisées et de redéfinir un ensemble d'objectifs pour les cinq années à venir. Le diagnostic sur l'état de santé de la région a ainsi fait apparaître que la situation sanitaire des 2,4 millions habitants de la région⁴ reste le plus souvent meilleure ou de même niveau que celle observée au niveau national. Certains constats majeurs ont été dégagés :

- une situation qui s'améliore en périnatalité : ainsi par exemple, le nombre de décès périnataux est passé de 600 en 1970 à 185 par an en 2001, taux inférieur à la moyenne nationale en 2001, mais cet avantage relatif tend peu à peu à se réduire voir à s'inverser.
- la persistance d'un recours élevé à l'IVG (voir partie planification familiale)
- une prévalence en hausse du surpoids, de l'obésité et une évolution des comportements alimentaires à suivre avec attention
- un taux de couverture vaccinale insuffisant
- une prévalence de l'asthme à suivre attentivement
- des situations de précarité interférant avec les capacités à accéder aux soins

Le projet de PRSP fait une large place aux actions qui visent les publics cibles de l'action de la PMI et qui requièrent son engagement (voir annexe 4) :

- améliorer le repérage précoce des problèmes de santé des enfants et leur suivi
- prévenir et prendre les mesures de protection en direction de l'enfance confrontée aux différentes formes de violence
- prévenir, repérer et prendre en charge les problèmes de surpoids et d'obésité
- promouvoir l'accès à la contraception
- repérer de manière précoce et prendre en charge les troubles des apprentissages.

Ces orientations seront complétées par les éléments qui seront inscrits dans le programme de santé scolaire et d'éducation à la santé. Elles seront accompagnées d'un effort de renforcement des capacités d'étude et d'évaluation dans le prolongement de la création de

⁴ au 1/01/04

l'observatoire régional d'épidémiologie scolaire mise en place en 1999. Pour surmonter les difficultés qui étaient apparues dans la phase PRS à produire l'information à construire les objectifs et les indicateurs permettant de mesurer la performance, le PRSP comporte un volet important sur le système d'information

Au total, beaucoup des orientations qui sous tendent le PRSP sont proches de ce qui fait la spécificité des interventions de la PMI et notamment à travers le développement de l'approche populationnelle prenant en compte l'ensemble des déterminants qui agissent sur les états de santé. A ce stade, il s'agit encore d'objectifs assez généraux qui devront faire l'objet de travaux approfondis en vue de leur mise en œuvre opérationnelle. Ces actions seront portées par le futur groupement régional de santé publique (GRSP) mais aussi à travers le développement des réseaux dans le cadre de la DDR.

2.4 Appréciation de la mission

La mission a apprécié positivement la conception du positionnement de la PMI qui lui paraît adaptée au contexte héraultais. La démarche menée en périnatalité a permis de donner une forte opérationnalité à la politique de santé publique et d'insérer la PMI dans des projets où elle apporte une forte valeur ajoutée. Un autre point positif est la capacité à mobiliser l'ensemble des acteurs pour intégrer des approches de prévention, d'amélioration de la qualité de soins et d'éducation pour la santé.

La préparation du PRSP aurait dû constituer un cadre de réflexion sur la politique de santé de l'enfant et de l'adolescent mais cela n'a pas été le cas, notamment du fait de l'absence d'un véritable travail avec le rectorat qui élabore de son côté le schéma santé scolaire. Le partenariat concernant la santé des enfants devra être prolongé et amplifié à travers la mise en œuvre du volet enfant et adolescent et santé mentale du SROS 3 mais aussi à travers celle du schéma de l'enfance handicapée et des PRIAC successifs dont le premier est en cours d'élaboration.

Il est souhaitable de développer le partenariat entre la DRASS et les services des Conseils généraux mais aussi entre les services de la PMI et principalement le secteur pédo-psychiatrique et la santé scolaire. La création d'une instance de concertation régionale sur les questions de santé des enfants et des adolescents serait utile. Elle serait de nature à faciliter le développement des réseaux territoriaux mais aussi l'échange de pratiques entre les services de PMI de la région. Enfin il serait souhaitable que le Conseil général de l'Hérault soit membre du GRSP au titre de ses compétences de santé. Si cela n'était pas possible, des conventions devraient organiser l'action conjointe en matière de santé des enfants.

3 Organisation et ressources du service de PMI

Les lois de décentralisation⁵ ont confié aux collectivités départementales l'obligation d'assurer l'organisation et le financement des services de PMI et de mettre en place les structures. L'article L.2112-2 du CSP définit les missions du service de PMI⁶.

Cependant les collectivités sont un des prestataires de service dans ce secteur puisque l'Etat et les organismes de sécurité sociale (notamment via les professionnels libéraux et les établissements de santé) ont également pour mission de participer à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile (article L.2111-1 du CSP) : à cet égard le positionnement du service de l'Hérault est intéressant, comme on l'a vu.

3.1 L'organisation

Dans le Département de l'Hérault, les missions de protection maternelle et infantile sont mises en œuvre pour l'essentiel par des services du Conseil général et pour une petite part des activités de planification familiale, par des structures hospitalières et associatives conventionnées à cet effet.

Les services du Conseil général sont organisés en deux niveaux : siège et niveau territorial.

3.1.1 La DPMIS

Au siège, il existe une direction de la PMI et de la santé (DPMIS), créée en 2004 lorsque, suite au transfert de compétences de santé publique vers l'Etat, la direction de la santé a été restructurée et fusionnée avec la direction de la PMI. La DPMIS est placée sous l'autorité du directeur adjoint du pôle solidarité chargé de l'enfance et des politiques en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées, lui-même intégré dans le pôle départemental de solidarité (voir organigramme ci joint en annexe). Ce positionnement traduit une volonté d'intégrer le plus possible la PMI dans les services en charge de l'enfance et de la famille.

⁵ lois du 6 janvier 1986, du 10 juillet 1989 et du 18 décembre 1989.

⁶ mettre en place :

- des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;
- des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de 6 ans, notamment dans les écoles maternelles ;
- des activités de planification familiale et d'éducation familiale ;
- des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;
- un recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique ainsi que le traitement de ces informations en particulier celles relevant des examens de santé obligatoires (certificats) ;
- l'édition et la diffusion des divers documents obligatoires (certificats prénuptial, examens de suivi de grossesse, examens obligatoires des nouveaux nés et des enfants...);
- des actions de formation destinées à aider dans leurs tâches éducatives les assistantes maternelles accueillant des mineurs à titre non permanent.

Ce service doit également participer aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités.

La direction de la PMI emploie 29 personnes sur la mission en équivalent temps plein (ETP) réparties, outre l'équipe de direction (directrice et son adjointe, le secrétariat et les agents en charge de fonctions communes) en trois services :

- le service promotion de la santé et épidémiologie (5 ETP)
- le service assistants maternels (11,5 ETP)
- le service structure d'accueil du jeune enfant (4,5 ETP)

Les effectifs de la PMI au siège sont donc dimensionnés à un niveau raisonnable (ils représentent moins de 20% du personnel de la PMI), surtout si l'on tient compte du fait que la majeure partie des effectifs est employée sur une mission, le suivi des structures d'accueil du jeune enfant et l'agrément et le suivi des assistants maternels, que l'on peut qualifier de périphérique par rapport à la mission centrale de prévention médico-sociale pour les femmes enceintes et les enfants.

La direction de la PMI intervient en relation étroite avec deux autres services rattachés au pôle départemental de la solidarité (PDS) : la direction adjointe chargée du développement social local qui pilote le réseau territorial et le « service de coordination administrative, budgétaire et informatique » qui assure la gestion des moyens du PDS.

3.1.2 Les agences

Sur le terrain, les services de PMI, dont les effectifs opérationnels⁷ s'élèvent à 111,2 personnes en équivalent temps plein, sont intégrés dans les services médico-sociaux du département. En 1996, les limites des circonscriptions d'action sociale ont été redéfinies et le département de l'Hérault a été découpé en 15 circonscriptions pour l'action sociale (contre 11 auparavant).

Ces circonscriptions appelées agences départementales de la solidarité regroupent les agents exerçants en polyvalence de secteur et ceux intervenants sur les missions ASE, PMI, Insertion et Logement. En moyenne, chaque agence couvre 64 000 habitants⁸ et emploie 43,5 personnes en ETP. L'agglomération de Montpellier est couverte par quatre agences.

Chaque agence est dirigée par un directeur accompagné de deux adjoints : un adjoint socio-éducatif en charge plus particulièrement des missions d'accompagnement social, d'insertion et de l'ASE et un adjoint santé plus particulièrement chargé de la PMI et des actions de santé. L'adjoint santé, qui est toujours un médecin, anime et coordonne les activités de PMI qui sont mises en œuvre à travers des visites à domicile, des consultations petite enfance, prénatales et de planification.

Les centres de consultation sont implantés au siège de l'agence et dans des antennes de proximité. Ainsi, par exemple, l'agence de Pézenas qui couvre un territoire où vivent près de 70 000 habitants sur 7 cantons et près de 60 communes dispose de quatre antennes où exercent des équipes pluridisciplinaires avec à chaque fois :

- pour les actions socio-éducatives des assistantes sociales, une éducatrice, une CESF
- et pour les actions de PMI et de santé, un médecin, une sage femme, une puéricultrice et une infirmière.

⁷ Au sens des effectifs directement au travail en contact avec le public bénéficiaire

⁸ La population couverte par une agence va de 38 000 à 88 000 habitants.

La PMI est ainsi située à proximité de ses bénéficiaires potentiels grâce à un maillage très fin, particulièrement pour ce qui est des consultations infantiles, et dans une moindre mesure pour les consultations de planification et d'éducation familiale. Il existe au total :

- 54 «centres» de consultations infantiles c'est à dire les 15 Agences + 39 autres lieux répartis dans le département
- 4 « centres » de consultations prénatales
- 10 « centres » de consultation de planification et d'éducation familiale (CPEF) et 7 permanences de planification et d'éducation familiale (PPEF)

Dans la plupart des cas, les locaux sont donc spécifiques aux différents types d'activité de PMI. Par exception, il existe plusieurs cas où les locaux de la PMI sont communs avec ceux d'autres structures notamment associatives : ainsi il existe une « Maison de l'enfance et de la famille » dans le quartier de Petit Bard Pergola au Nord Ouest de Montpellier qui accueille de très nombreuses associations. Ce mode d'implantation de la PMI dans des locaux partagés avec des associations de quartier traduit la volonté des responsables d'adapter le mode d'implantation à des situations particulières.

En terme de structure et d'implantation, cette organisation territoriale a peu évolué depuis 1996, au moment où la mise en place des agences s'était accompagnée d'ouvertures en nombre significatif de consultations infantiles et la seule innovation a été la création des PPEF (voir plus loin partie planification familiale). Cette carte va évoluer avec la mise en œuvre du projet de création de 4 nouvelles agences, démarche inspirée par des considérations externes aux activités de PMI (par exemple l'articulation avec les intercommunalités). Cette cartographie permet un maillage assez serré du territoire départemental. Mais compte tenu de la très forte hétérogénéité des territoires infra départementaux, de la différenciation des besoins et donc de la diversité des contextes dans lequel la PMI opère, c'est la répartition des moyens entre les agences plus que la question des lieux d'implantations qui doit être analysée.

3.1.3 Le pilotage et l'animation des services

3.1.3.1 Les orientations stratégiques et les objectifs opérationnels

Dans l'ensemble le pilotage des services a été jusqu'à présent peu formalisé. Mais cette situation est en train d'évoluer.

Des orientations stratégiques ont été définies dans le cadre des schémas départementaux de l'enfance et de la famille 1999 - 2005 et celui des personnes handicapées 2005 2010. Pour les services du pôle départemental de solidarité, elles s'organisent autour de deux axes : agir en direction des publics en grande difficulté à partir notamment d'une action volontariste sur l'accès au droit et développer les actions de prévention. Des orientations pluriannuelles et des objectifs opérationnels annuels sont fixées après validation par le Conseil général. Mais la place de la PMI n'est pas clairement définie.

Les documents budgétaires soumis à l'assemblée départementale ne font pas apparaître une vision réelle de la part du budget du Conseil général consacrée aux actions de PMI.

S'agissant des orientations pluriannuelles et pour ce qui concerne la PMI, il est indiqué que les bilans de santé en école maternelle sont prioritaires dans le domaine de la prévention médico-sociale. S'agissant des méthodes de travail, une forte priorité est donnée au progrès dans les outils de pilotage des agences donc à l'amélioration du système d'information, à la généralisation du dossier unique et à l'élaboration d'une charte départementale de l'accueil du public.

Pour ce qui concerne les objectifs pour 2006 de la DPMIS, il n'y a pas d'objectifs concernant la prévention primaire. Les objectifs retenus concernent uniquement la mise en place de la loi de 2005 sur les assistants maternels et de la nouvelle politique concernant les crèches associatives.

Au niveau de la direction de la PMIS, outre le travail dans les écoles maternelles, une priorité est donnée au travail en réseau pour la périnatalité. Enfin les responsables se sont fixé pour objectif de faire le tour des Agences Départementales de la Solidarité pour faire le point sur les missions PMI appliquées dans ce cadre transversal et réactualiser l'état des lieux.

Dans l'ensemble, les orientations pluriannuelles et les objectifs opérationnels ne sont pas exprimés en terme d'amélioration de la performance (impact sur la santé des populations, qualité de service rendu et efficience dans les activités). Ils ne sont pas accompagnés d'indicateurs et ne sont donc pas quantifiés ni assortis de valeurs cibles construites en différentiel par rapport à la situation de départ. Par ailleurs, la gestion des ressources est très centralisée : les agences et les antennes n'ont que très peu de responsabilité dans ce domaine. Par exemple la maison de l'enfance et de la famille de la Pergola n'a pas de budget propre ni de responsabilité dans la gestion des moyens. Le dialogue de gestion entre le siège et les agences est relativement limité en ce qui concerne les moyens. Les rapports d'activité annuels des agences ne font pas ressortir d'indicateurs de performance dans le domaine de la PMI .

3.1.3.2 *L'animation*

Aux différents niveaux de l'organisation, ont été développées des pratiques d'animation active qui rapprochent les différents échelons et créent un fort sentiment d'appartenance à une même communauté professionnelle. Les relations sont apparues faciles entre les différents niveaux hiérarchiques et entre les directions opérationnelles et les responsables fonctionnels.

Au siège, sont organisées une réunion hebdomadaire de tous les directeurs des services du Pôle Départemental de la Solidarité et une réunion hebdomadaire de l'équipe de direction de la PMIS. Des réunions régulières sont organisées entre les responsables de la Direction du Développement Social Local (DDSL) et les directeurs d'agences. Mais surtout la DPMIS réunit les Médecins Adjoints Santé tous les 2 mois pendant une journée. Des postes de RTA (Responsables Territoriaux des Agences) et ont été créés en 2005 pour favoriser la mise en œuvre de 2 dimensions, une thématique (par mission) et une autre territoriale, et à ce titre, ils participent aux réunions de direction, animent les réunions de directeurs d'agence et des médecins adjoints santé.

Au sein des agences dans lesquelles la mission IGAS s'est déplacée, il existe des réunions régulières de l'équipe de direction (une fois par semaine), du pôle santé (une à deux fois par mois) et de l'ensemble des personnels (plusieurs fois par an). Par ailleurs, il existe des

pratiques de concertation au sein des agences entre les équipes pluridisciplinaires intervenant sur les missions ASE et PMI. Enfin la communication interne et externe est apparue comme assez développée notamment à travers un site Intranet très complet et l'édition de nombreuses brochures ou supports d'information.

3.2 Appréciation de la mission sur la place de la PMI dans les services du Conseil général

Comme dans la plupart des départements, l'organisation des services du Conseil général a changé dans les années 1990 du fait de la mise en place de la territorialisation. Cette évolution s'est accompagnée à certains moments de tensions au sein des équipes mais au moment du passage de la mission, elles semblaient avoir été surmontées.

Le premier résultat de la territorialisation est que l'organisation actuelle des services du Conseil général se caractérise par une intégration structurelle de la PMI dans l'ensemble des services de la solidarité à la fois au niveau du siège et au niveau des agences. La direction de la PMI fait partie de la direction adjointe chargée de l'enfance et des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées sous l'autorité du directeur général adjoint chargé de la solidarité départementale, lui-même sous l'autorité du Directeur Général des Services. Il y a ainsi trois niveaux hiérarchiques entre le directeur de la PMI et le Président du Conseil général.

Par ailleurs, les agences de la solidarité sont placées sous l'autorité hiérarchique du directeur adjoint chargé du développement social local (DADSL), via les RTA, placé également sous l'autorité du DGA. C'est à la directrice adjointe et aux RTA que les directeurs des agences rendent compte. Il n'y a donc pas d'autorité hiérarchique directe de la direction de la PMI sur les échelons territoriaux de PMI, et les agences sont des structures polyvalentes sur tout ce qui concerne l'action sociale au sein desquelles la PMI n'est qu'une activité parmi d'autres. A la lettre, l'article L 2112-2 du CSP n'est pas respecté: la direction de la PMI et les agents territoriaux de la PMI ne constituent pas un vrai service placé sous une responsabilité unique.

Cette organisation et l'implantation immobilière des services regroupés dans des locaux partagés présentent cependant un avantage majeur : elle facilite le travail en commun entre les missions ASE et la PMI donc entre les services en charge de la protection de l'enfance et ceux qui mettent en œuvre les missions de prévention médico-sociale.

Mais en sens inverse, cette organisation peut conduire à une forme de « dilution » de la PMI et donc à un risque de « captation » de ses moyens au profit des missions de l'ASE dont beaucoup se caractérisent par une forme d'urgence beaucoup plus marquée que pour celle de la PMI. Le risque est d'autant plus fort qu'au siège les ressources de la direction de la PMI sont très largement consacrées aux questions de modes de garde et au suivi des établissements de jeunes enfants en terme de personnel. Il n'y a donc pas, sur les autres missions de la PMI de correspondants qui pourraient jouer le rôle de référent technique, même si le médecin de PMI et maintenant son adjointe jouent ce rôle auprès des médecins adjoints de santé et des personnels de la planification.

Globalement, on peut toutefois considérer que les principaux risques inhérents au mode d'organisation territoriale ont été prévenus dans une large mesure. Ceci est lié au fort engagement des responsables à tous les niveaux et à leur professionnalisme. Les raisons de personne interviennent également : bonne entente entre la directrice de la PMI et la directrice du développement social local; expérience de la directrice de PMI qui a exercé pendant plus d'une dizaine d'années comme médecin PMI puis Adjoint santé.

Mais en sens inverse, le mode de pilotage, bien qu'ayant évolué et fonctionnant sans heurt apparent, ne permet pas encore de définir une stratégie d'ensemble sur les activités de PMI et surtout d'identifier des objectifs de performance pour les activités spécifiques de PMI et le système budgétaire ne facilite pas la mise en place d'un dialogue missions/ moyens avec les responsables locaux. Du point de vue de la mission, c'est dans ce domaine qu'il paraît souhaitable d'amplifier les évolutions en cours.

3.3 Les ressources

On examinera successivement les ressources financières et les ressources humaines.

3.3.1 L'aspect budgétaire et financier

3.3.1.1 Les dépenses de PMI

Le budget de la PMI est composé de dépenses de personnels et de fonctionnement des services du Conseil général mais aussi des dépenses des opérateurs à qui le Conseil général délègue la mise en œuvre de missions de PMI. Toutes les activités sont assurées en régie directe sauf les permanences de la planification familiale, déléguées à 100% et les centres de planification sous traités à 70 %. (voir plus loin).

L'organisation des services (et notamment l'existence de services polyvalents au niveau territorial dans les agences), les caractéristiques du système budgétaire, les faiblesses des systèmes d'information (avec en particulier le caractère lacunaire des remontées d'information en provenance des centres délégués de planification familiale) rendent difficile l'individualisation des montants que le Conseil général de l'Hérault consacre aux différentes activités de PMI.

Le tableau ci-dessous fait apparaître l'évolution de la dépense PMI en valeur absolue et en part du budget départemental. Cette dépense est la somme des dépenses de personnel inscrites dans les comptes du département (administration de la PMI et unités opérationnelles en régie directe) ou supportées par des centres délégués et des dépenses de fonctionnement et dans les centres en régie directe ou déléguée. En l'absence de comptabilité analytique, ces montants n'intègrent pas la cote part de dépenses des services communs et de dotations aux amortissements qui seraient à imputer à la PMI.

Il apparaît que la PMI a bénéficié de ressources accrues dans la dernière période. Mais la part des dépenses de PMI dans le budget total départemental, déjà très faible en 2002 a baissé (principalement du fait de l'effet des nouveaux transferts de compétences aux Conseils généraux). L'évolution n'a pas conduit à modifier fondamentalement le partage entre dépenses « en régie directe » et dépenses déléguées.

Tableau : Budget de la PMI

	2002	2003	2004
Budget PMI du département	911 752 €	976 447 €	1 117 982 €+ *
Part dans le budget de l'action sociale	0,45%	0,40%	0,27%
Part dans le budget total du département	0,15%	0,14%	0,14%

*+ Personnel DPMI = 2 6 78 423, 32 €+ Personnel ADS (Médecin, sage-femme, puéricultrice, infirmière) qui n'interviennent pas que sur la mission PMI = 4 620 520 €soit un total de **7 298 943,32€ pour le personnel DPMI + ADS professions de santé qui ne sont pas que PMI**

3.3.1.2 Les recettes apportées par l'assurance maladie

Le département est pilote dans la mise en place de la facturation Sésam Vitale. L'assurance maladie rembourse toutes les consultations de nourrissons, les bilans réalisés en écoles maternelles et les VAD des sages-femmes ainsi que les vaccins PMI. La participation de l'assurance maladie a atteint 500 000 €en 2005.

Jusqu'à l'exercice 2002 inclus, en application d'une convention de 1961, la CPAM participait aux dépenses de fonctionnement des centres les dépenses de PMI par un versement annuel forfaitaire calculé en multipliant un montant unitaire révisable par le nombre de bénéficiaires de la Caisse. A compter du 1^{er} janvier 2003, sur la base de la Loi du 18 décembre 1999 et de la circulaire CNAM d'application en date du 26/06/90, le Conseil général et la CPAM ont conclu une nouvelle convention reposant sur un principe de versement à l'acte. Après une période d'un an nécessaire au Conseil général pour acquérir mettre en place les infrastructures informatiques, les partenaires ont pu mettre en œuvre des échanges en télétransmissions sécurisés analogues au dispositif du secteur libéral.

S'agissant des vaccins remboursables dans le cadre de la PMI, un protocole annexe en a organisé la prise en charge sur le principe de versements semestriels sur production par la PMI des justificatifs de dépenses.

Ainsi, le Conseil général et la CPAM ont ainsi su engager les relations partenariales pour mettre en place un dispositif, conforme à la fois à la réglementation, au service rendu par la PMI et en cohérence aux évolutions des systèmes de production de l'Assurance Maladie. C'est la concrétisation d'un partenariat exceptionnel, la plupart des CPAM n'allant pas aussi loin dans la participation aux dépenses de PMI.

3.3.2 Les ressources humaines

3.3.2.1 L'évolution des moyens de la PMI

En valeur absolue (mais non en valeur relative), les moyens de la PMI sont en développement. Cette évolution traduit la croissance des rémunérations mais aussi des effectifs en volume : dans les trois dernières années plus de 60 postes auraient été créés ou seraient en train de l'être dans le PDS dont une large partie pour les actions de PMI du fait de :

- l'augmentation des consultations pour mieux accompagner les familles dans les quartiers défavorisés
- le passage à plein temps des médecins adjoints santé dans les agences qui antérieurement n'exerçaient cette fonction qu'à mi-temps soit une croissance + 7,5 ETP. Cette mesure est

justifiée par la charge de management de structures du fait notamment du développement de la coordination au sein des agences (par exemple pour les procédures de signalement et les réunions d'équipes sur les cas difficiles qui sont très consommatrices de temps etc.)

- la création en cours de quatre nouvelles agences (cinq créations et une suppression/fusion) et donc des créations de postes de médecins, de sages-femmes, de puéricultrices et d'infirmières.

En l'absence de comptabilité analytique ou même d'études sur la répartition du temps de travail des personnels sur les différents blocs de missions⁹ ou prestations, il est très difficile d'apprécier l'adéquation des missions aux moyens. La charge d'activité liée à la gestion des modes de garde est très variable d'une agence à l'autre (voir partie sur les modes de garde). Par ailleurs, les puéricultrices sont fréquemment nommées co-référents et parfois référents pour les enfants confiés au titre de l'ASE et cela conduit aussi à faire varier la ressource disponible pour des activités de PMI.

3.3.2.2 Les principaux axes opérationnels

En dehors de la direction de la PMI au siège et hors médecins adjoints santé et vacataires, les effectifs opérationnels de la PMI se montent à 112,2 équivalent temps plein.

Personnels (en ETP)	2002	2003	2004
Médecins	32,5	40	35,3
Sages-femmes	17,6	17	18,6
Puéricultrices	NR	57	56,4
Infirmiers	NR	0,9	0,9
<i>TOTAL</i>	<i>NS</i>	<i>104,9</i>	<i>112,2</i>

Il faut ajouter à ces chiffres les 15 adjoints santé des agences qui sont principalement affectés à des activités PMI : à mi-temps jusqu'ici, on l'a vu, ils passent à plein temps en 2006. Le total des effectifs opérationnels en 2004 s'établit donc à 119.7 ETP (sans les vacataires) auxquels il convient d'ajouter les 29 personnes du siège. Au total, ce département de 970 000 habitants compte donc un effectif de près de 150 titulaires affectés à la PMI.

La politique suivie vise à privilégier l'emploi de titulaires donc à les recruter ou à les titulariser dès que cela est possible. Le Conseil général a développé des outils de gestion prévisionnelle, des effectifs, des emplois et des compétences à travers l'élaboration et l'actualisation régulière de fiches de métiers et de postes.

➤ La gestion des médecins

Les médecins sont titulaires ou en voie de titularisation sauf pour les médecins et les Conseillères Conjugales Familiales (CCF) des consultations prénatales et de planification qui sont traditionnellement tous des vacataires. Dans la dernière période, le service a recruté un nombre significatif de médecins du fait des évolutions d'organisation évoquées plus haut. Ces recrutements ont été rendus difficiles pour plusieurs raisons :

⁹ L'IGAS en distingue 6 : planification, pré/postnatal, infantile, bilans de santé, suivi des enfants de l'ASE, agréments et suivi des professionnels de la petite enfance.

- la situation de démographie de certaines spécialités (pédiatrie, gynécologie) et donc la difficulté à trouver des candidats qui satisfassent aux obligations réglementaires, même si les dérogations préfectorales sont possibles
- l'obligation de passer des concours qui comportent des épreuves nécessitant des connaissances généralistes
- les conditions statutaires et notamment les rémunérations et les déroulements de carrière pour les fonctionnaires territoriaux mais aussi pour les vacataires. La rémunération des vacataires, conforme aux textes est relativement peu attractive : une vacation de 3 heures = 124 € pour les médecins spécialistes, 108 € pour les médecins généralistes et 72 € pour les CCF.

Dans une large mesure, ces difficultés de recrutement sont récurrentes : en moyenne, deux postes de médecins adjoints santé et trois postes de médecins PMI sont vacants chaque année pendant des périodes prolongées. Pour les médecins de planification et de consultations prénatales, le biterrois et la zone littoral-garrigue restent difficiles à doter (Sète : pas de médecin depuis 2 ans et sur Béziers, convention avec le Centre Hospitalier pour pouvoir faire fonctionner ces 2 activités grâce à la mise à disposition d'une Praticienne Hospitalière).

Au final, la PMI a pu cependant effectuer des recrutements significatifs de médecins souvent avec un profil de généraliste qui avait travaillé dans des cabinets de groupes et s'était spécialisé sur les enfants ou les femmes. Au sein des agences, ces 4 dernières années, la mobilité des médecins a été importante en raison notamment des changements de fonctions (médecin PMI – Adjoint santé). En revanche, il y a peu de mutations hors du département.

➤ Les puéricultrices et les autres catégories

Les conditions d'emploi des puéricultrices sont assez différentes d'une agence à l'autre. Dans certaines agences les puéricultrices sont spécialisées sur des fonctions définies : VAD, bilan scolaire, agrément des assistants maternels etc. Dans d'autres cas, elles sont plus polyvalentes. Des difficultés de recrutement sont apparues. Pour les territoires excentrés, les postes de puéricultrices sont souvent vacants. Les congés maladies, maternités et parentaux sont très difficiles à remplacer surtout pour les ½ temps. Ainsi, 2 ou 3 ETP en moyenne de puéricultrices manquent au département par an. D'une certaine manière, ceci est lié au fait que beaucoup d'entre elles sont détachées par l'hôpital et que celui-ci a tendance à faire pression pour les réemployer dans des contextes de pénurie de personnels spécialisés. Pour les autres catégories de personnels, les flux de recrutement sont plus limités : dans le cas des conseillères conjugales et familiales l'absence d'un statut et de grille propre dans la fonction publique est un handicap certain

3.3.3 *Les systèmes d'information*

Le système d'information est organisé autour de deux types de documents :

- des dossiers médicaux sur un format qui est commun à toutes les agences départementales pour les consultations de planification, les consultations prénatales, de nourrissons, les visites à domicile et les bilans en école maternelle. Ces dossiers médicaux ne sont accessibles que par les professionnels de santé qui peuvent, le cas échéant, réaliser un lien avec un autre professionnel si nécessaire.
- un dossier unique dans les agences pour les familles suivies en équipe pluridisciplinaire dans le cas où il apparaîtrait qu'une famille bénéficie d'interventions de plusieurs services

du Conseil général ou dans le cas des procédures de l'enfant en danger (les éléments médicaux n'en font pas partie).

A ce stade, le système d'information n'est pas informatisé. Des projets ont été engagés dans le cadre du Projet d'Administration 2006- 2010 du département. Pour les activités en prénatal des projets sont encore en cours d'expérimentation dans le cadre de la commission régionale de la naissance (CRN) et du réseau "bien naître en LR"(dossier commun périnatal informatisé").

3.4 Appréciation de la mission

La PMI bénéficie de moyens conséquents et en augmentation, encore qu'il soit difficile d'apprécier exactement l'adéquation avec les missions, compte tenu de l'imbrication des personnels avec ceux intervenant au titre des missions de l'ASE. Un effort est souhaitable pour améliorer la transparence de l'utilisation des moyens afin de garantir une répartition optimale entre les territoires et les blocs d'activités. Cela passe par l'amélioration et l'informatisation des systèmes d'information. C'est probablement dans le domaine de la santé des enfants que des efforts prioritaires devront être entrepris en liaison avec la mise en place du DMP et les dossiers de la santé scolaire. En attendant la réalisation des nouveaux systèmes, des études spécifiques devraient être engagées pour mieux appréhender la répartition des temps d'activité entre les missions.

4 La planification familiale

4.1 La place des activités de la planification et d'éducation familiale dans la stratégie des services de PMI

Les activités de planification familiale devraient normalement revêtir une certaine priorité, ne serait ce qu'en raison des caractéristiques particulières de la région. En effet, celle-ci présente un taux de natalité proche de la moyenne nationale mais un taux de recours à l'IVG nettement supérieur : 16,6 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans contre 14,3 au niveau national. Par ailleurs le nombre d'IVG réalisée chez des mineures (479) est élevé, même si la proportion (4,5%) par rapport au total des femmes concernées, est identique à celle observée au niveau national. L'objectif devrait être de diminuer le nombre d'IVG grâce à la promotion de comportements préventifs (contraception d'urgence, contraception régulière, «éducation»).

Pourtant les activités de planification familiale n'occupent pas une place significative dans la stratégie du département telle qu'elle est formalisée dans le schéma départemental de l'enfance et de la famille de 2001. Jusqu'en 2004, les CPEF étaient gérés par la direction des actions de santé et cette mission a été reprise par la direction de la PMI au moment du transfert de compétences des actions de santé publique. Les activités de planification ne sont pas évoquées dans les objectifs définis pour les services du pôle solidarité pour 2006. En revanche, ce domaine fait l'objet d'un travail de réflexion stratégique mené par les responsables de la direction de la PMI. L'arrivée au sein de celle-ci, fin 2005, d'un médecin, gynécologue-obstétricienne, témoigne de la volonté départementale pour renforcer sa capacité d'action en la matière.

Cette démarche s'intègre dans les travaux impulsés sous l'égide de la commission régionale de la naissance (CRN). Celle-ci a en effet défini des orientations sur les questions de contraception et d'IVG. Il s'agit notamment :

- de mobiliser les professionnels aux bonnes pratiques de prescription de la contraception en s'appuyant sur les recommandations de la HAS (ANAES) de 2004 qui doivent notamment conduire à mieux prendre en compte les critères socio-économiques pour améliorer l'observance des prescriptions de contraception
- d'accompagner la montée en charge du dispositif de prise en charge des IVG médicamenteuses dans les cabinets libéraux¹⁰ et d'améliorer l'accès à l'IVG sur certains territoires
- de faire un état des lieux quantitatifs et qualitatifs des actions d'éducation en milieu scolaire autour de la sexualité et de la contraception. En effet un premier bilan a fait apparaître un développement d'actions peu systématiques, le plus souvent ponctuelles et avec des méthodologies d'intervention différentes. Aucune évaluation sérieuse de ces actions n'a été réalisée, tant sur le plan comparatif des méthodes que sur celles de leur impact sur les attitudes et les comportements.

Ces orientations pourraient être mises en œuvre dans le cadre du PRSP. Comme cela a déjà été évoqué, celui-ci comporte un objectif 13 « favoriser une sexualité épanouissante et

¹⁰ A noter que dans l'Hérault la part des IVG médicamenteuse est plus élevée que dans le reste de la France : 40,3 contre 34,9 % en moyenne nationale.

responsable » qui doit conduire à développer une approche commune santé et éducation à l'éveil de la sexualité (estime de soi, respect de l'autre) et à y intégrer les questions liées à la contraception, la maternité et la prévention des IST.

D'ores et déjà un partenariat actif a été mis en œuvre avec les services de l'Education Nationale notamment grâce à l'action d'une infirmière de l'inspection d'académie. Un « collectif santé jeune » est en cours de constitution. Un des objectifs de la démarche pourrait être d'améliorer le ciblage, par exemple en donnant une priorité aux personnes en situation irrégulière.

4.2 L'organisation et les ressources affectées aux activités

A la différence des autres domaines d'action, la planification familiale a été largement déléguée à des organismes externes. C'est le résultat de la conception du positionnement des services de la PMI qui conduit à rechercher une forte complémentarité avec les autres acteurs mais aussi de la volonté de profiter de la continuité de service offerte par les centres hospitaliers (ouverts 24H/24), de bénéficier de l'implantation historique forte du MFPP dans l'Hérault et celle de la Mutualité française à proximité des universités. Dans cette conception, il était logique que le dispositif départemental soit implanté au cœur de quartiers défavorisés.

Les activités sont donc mises en œuvre dans deux types d'implantation :

- * dans 10 centres de planification (CPEF) :
 - 7 sont délégués à :
 - 3 centres hospitaliers départementaux: structures ouvertes 24H/24 et repérées offrant, de plus, une continuité avec les centres d'orthogénie,
 - un centre géré par la mutualité Française, à proximité des universités,
 - 3 centres gérés par le mouvement français du planning familial (MFPP), dans les centres- villes,
 - 3 centres départementaux , dans les quartiers défavorisés.
- Ces centres sont situés dans des endroits d'accès facile et discret. La densité du maillage territorial, le fait que les centres soient situés dans des endroits très divers est une garantie de préservation de l'anonymat pour les personnes qui leur rendent visite.
- * dans 7 permanences du MFPP : il s'agit de permanences, animées par des conseillères conjugales et familiales, en libre accès et qui ont lieu une fois par semaine (toute la journée) dans différents sites de villes moyennes en liaison étroite avec les professionnels libéraux de santé locaux et avec l'éducation nationale. Les animatrices sont joignables sur téléphone portable le reste de la semaine.

Par ailleurs, outre les associations "labellisées" comme telles, les structures hospitalières et les agences, d'autres associations participent à cette activité (le Centre d'information sur le droit des femmes...). Le public est informé sur les lieux d'accueil par une plaquette du Conseil général qui indique aussi les lieux de dépistage du SIDA, des Hépatites et des IST.

La relation entre la direction de la PMI et les organismes délégataires se fait à travers des conventions d'une durée de trois ans mais révisables tous les ans. Celles ci sont assez générales et ne comportent pas de fixation d'objectifs de performance ni d'indications sur leur suivi et leur évaluation.

Au total, cette organisation permet de couvrir l'étendue du département et donc d'offrir un service adapté à des publics présentant des besoins différents. En sens inverse, elle rend plus délicats le pilotage et l'animation d'une politique précise dans le domaine de la planification familiale bien que des rencontres soient organisées à intervalle régulier avec les délégataires. Enfin dans les centres hospitaliers, l'activité planification est parfois diluée dans l'ensemble des activités et mal identifiée.

Pour surmonter ces difficultés, les conventions vont être modifiées. Elles comporteront l'obligation de fournir des éléments plus précis sur le suivi de l'activité. Pour ce faire, un rapport d'activité standardisé est en cours d'élaboration. Il devrait permettre d'analyser la performance obtenue dans les différents centres sur des bases homogènes.

4.3 Les activités

4.3.1 Les activités de consultation

Il s'agit de consultations médicales permettant l'accès à la contraception ou à l'IVG, d'actions d'information et de prévention (par exemple de dépistage d'IST) et d'entretiens liés à une IVG. Ces consultations et entretiens débouchent sur la prescription de contraceptifs ou des analyses et examens (par exemple sérologie HIV). Le département prend en charge les dépenses de contraceptifs et d'examens pour les mineures et les personnes sans couverture maladie. Le tableau ci dessous rassemble les données d'activités correspondantes .

Le tableau des activités des centres (hors les centres hospitaliers) fait ressortir une activité croissante¹¹:

	2002	2003	2004	2005
Nombre de centres de planification	10	10	10	10
Nombre de séances (demi journées) de consultations	691	653	618	1180
Nombre de consultations médicales	5 867	4 193	6 479	6 809
Nombre de consultants	4 386	4 850	3 180	6 099
Nombre d'entretiens avec la conseillère conjugale	8 968	2 914	NR	NR

Le public des consultations est constitué par des mineures, des femmes sans couverture sociale ou bénéficiaires de minima sociaux, des étudiantes, des femmes sans profession, sans qualification, au chômage mais aussi des femmes de toutes les CSP et âges car la PMI est bien identifiée et offre des prestations appréciées. C'est notamment lié au temps de consultation médicale qui est en moyenne de 40 minutes, réparties entre conseillère conjugale et familiale ou sage femme et médecin.

Dans le cadre des PPEF, des consultations avec des médecins libéraux ont lieu grâce à des bons de consultations délivrés par l'animatrice, conseillère conjugale et familiale (joignable sur téléphone portable) ou via les infirmières scolaires pleinement intégrées à ce dispositif. De même, le recours à la contraception d'urgence ou régulière et la demande d'examens biologiques bénéficient de ce même système de bons, mis en place grâce à des conventions avec la médecine libérale, les pharmacies et les laboratoires.

¹¹ Il s'agit ici de la seule activité des centres. Les données concernant les permanences du MFPP ne sont pas disponibles

Il n'y a pas dans le département de l'Hérault, sauf à Béziers, de difficultés significatives pour l'accès à l'IVG qui est organisé, à Montpellier, sur la base d'une convention passée entre les trois maternités. Comme cela a été indiqué plus haut le recours à l'IVG médicamenteuse a été développée relativement plus qu'ailleurs. Mais du point de vue des responsables de la PMI, il n'est pas souhaitable que les IVG médicamenteuses puissent être mises en oeuvre dans les centres de planification. Cela pourrait conduire à ce que les CPEF soient identifiés comme «centres d'orthogénie» et non plus comme «centres de prévention». Pour preuve, les centres hospitaliers qui ont un centre de planification le qualifient comme «d'orthogénie» et sont repérés pour cette activité IVG. Ils ont, par ailleurs, une logistique qui leur permet de réaliser, dans le même temps et sur place, une échographie indispensable, en particulier pour dater la grossesse. Mais surtout la difficulté est liée au fait que les centres hors hospitaliers ne sont pas ouverts en continu. Or en cas de complications (rétentions, hémorragies, endométrites...), ce sont bien des structures de soins, ouvertes 24H/24, qui seront en charge de celles-ci.

4.3.2 Les activités d'information sur la sexualité à l'école

Il n'existe pas de convention avec l'Éducation nationale. Les actions d'information en milieu scolaire concernent essentiellement des établissements publics et au sein de ceux-ci les classes de 3ème. Les limites du système de suivi des activités interdisent d'avoir une vision précise de ces actions dont le nombre aurait atteint 491 en 2003. Il faut distinguer :

- les classes de 3ème difficiles ou d'insertion (établissements publics) qui font l'objet de séances interactives d'information dispensées par deux associations
- les autres classes de 3ème qui reçoivent une information soit du MFPPF soit des professionnels des CPEF ou des Centres de Dépistage Anonymes et Gratuits que le département continue à gérer (convention avec la DDASS)
- les autres classes d'âge où les informations sont réalisées en fonction des demandes et des relations tissées localement.

Les thèmes traités dans ces interventions sont d'abord les questions de relations filles-garçons et hommes-femmes, de fonctionnement du corps, de contraception - sexualité - grossesse – d'IVG, d'IST- SIDA et d'addictions. Il n'y a pas d'évaluation de l'impact des séances sur les élèves qui en bénéficient.

4.4 Appréciation de la mission

La mission a apprécié la volonté des responsables de la PMI de re-dynamiser l'action du Conseil général dans ce domaine et de regrouper la planification/IVG avec le dépistage des IST. Les réflexions en cours devraient aboutir à la définition d'orientations à moyen terme identifiant des cibles précises. Pour de nombreuses raisons, il ne paraît pas souhaitable de mettre en cause la délégation de ces activités à des structures extérieures. En revanche, il apparaît nécessaire d'améliorer le pilotage des actions donc de fixer des objectifs précis à ces structures conformes à des orientations élaborées de manière partenariale et permettant un suivi de la performance. Ces questions sont une justification supplémentaire de la participation du Conseil général au futur GRSP.

5 Les activités pré et postnatales

5.1 Indicateurs de périnatalité

5.1.1 Mortalité périnatale

Le niveau élevé de mortalité périnatale a longtemps été une spécificité régionale. "Le Languedoc-Roussillon s'est caractérisé de nombreuses années par des indicateurs en périnatalité reflétant une situation moins bonne qu'au niveau national. Ainsi, si on a observé depuis le début des années 1970 une diminution régulière de la mortalité périnatale, parallèle à celles notée en France métropolitaine, on retrouve en permanence une surmortalité périnatale en Languedoc-Roussillon. Les chiffres sont le plus souvent d'un point supérieur à ceux notés au niveau national. Mais, depuis 1997 la mortalité périnatale prend en région des valeurs très proches des valeurs nationales et même inférieures pour les trois dernières années disponibles (2001 2002 et 2003)"¹²

Dans l'Hérault, la mortalité périnatale est passée de 10,7 pour 1000 en 1990 à 8,1 pour 1000 en 2003 (8,2 France entière) : on voit ici le fruit de l'effort important du département (et de la région) dans le domaine de la périnatalité.

5.1.2 Autres indicateurs

A partir des certificats de santé du 8^e jour reçus en 2004 (taux de remplissage de 52% à 94% suivant les items):

	Hérault	France
Population totale	969 622	62 324 000
Nombre de naissances	11 344	767 800
Mères exerçant un emploi	61,7 %	
Familles monoparentales	7,8%	7,4%
Age de la mère inférieur à 20 ans	2,8%	2,7%
Age de la mère supérieur à 40 ans	4%	2,7%
Consultations inf.à 4	5,8%	1%
Prématurité (inf à 37 SA)	8,4%	7,2%
Hypotrophie	6,9%	8%
Allaitement	64,5%	62,6%

Pour la prématurité et le suivi des grossesses, le département présente un écart négatif.

¹²Enquête de périnatalité 2003/ 2004. Analyse des résultats pour le Languedoc-Roussillon (mars 2006)

5.2 Les activités

Données quantitatives sur le département .Année 2005

	2002	2003	2004	2005
Déclarations de grossesse				10 753
Lieux de consultation prénatale	4	4	4	4
Nombre de séances de consultation prénatale				276
Femmes suivies en consultation prénatale	452	466	482	556
Examens médicaux				1736
Nombre de sages-femmes	17,6	17	18,6	
Femmes suivies à domicile par la sage-femme				1512
Visites à domicile par la sage-femme	7884	6439	6548	7246
Permanences (demi-journées)				431
Séances de préparation à la naissance	653	594	811	669
Femmes ayant suivi une préparation à la naissance	530	655	470	411
Monitorings				3936

5.2.1 L'information du public

Dès la déclaration de grossesse à la CAF, le Président du Conseil général adresse à la femme un fascicule de présentation de la PMI. Le département diffuse largement des brochures et plaquettes ("Bébé s'annonce", "pratiques de la santé maternelle et infantile", "allaitement", "les premières années de la vie en Hérault") : informations sur les ressources de la PMI, éducation pour la santé.

5.2.2 Les actions collectives

Les actions collectives semblent relativement peu développées : 669 séances de préparation à la naissance et 411 femmes bénéficiaires. Les thématiques de l'allaitement, de la nutrition et de la parentalité sont également traitées. Le petit nombre de points de consultation (4) est une limite mais aussi le fait que les sages-femmes soient accaparées par le suivi à domicile et leur travail avec les maternités. Dans ces maternités, y compris en secteur privé, ont lieu aussi des actions collectives : on peut penser que le partenariat étroit entre maternités et PMI les favorise, même si elles ne sont pas comptabilisées dans l'activité de la PMI.

5.2.3 Le suivi des grossesses

Les consultations prénatales en PMI sont peu développées. Elles n'ont lieu que dans quatre centres, implantés dans des territoires à risque psychosocial où les consultations durent en moyenne 45 minutes. Les prises en charge exigent parfois un suivi par les secteurs de psychiatrie. Autour de 500 femmes sont suivies dans ces centres. Mais la priorité du département est placée dans le suivi à domicile par les sages-femmes (24 postes sur le département, aucune gynécologue titulaire dans les agences)¹³.

¹³Par ailleurs le département a mis au point une aide à domicile des aides ménagères sur prescription médicale auprès des sage-femmes des agences. Ce dispositif a été créé en 1991, il représentait en 2004 un budget de 70 000 €

1 512 femmes sont suivies à domicile en 2005 -soit 14 % des femmes enceintes-, ce qui donne lieu à 7 246 visites soit 4,7 visites par femme. Les critères de ces visites sont le risque médico-social repéré sur la base des déclarations de grossesse, mais le plus souvent grâce à la connaissance que les agences (assistantes sociales, personnel de l'insertion ou de l'ASE) ont de la population du secteur et aussi sur signalement par les médecins ou sages-femmes libérales et les maternités. En effet, la PMI a mis en place des liaisons avec toutes les maternités. Elle a placé un mi- temps de sage-femme au CHU de Montpellier. Elle a établi des conventions avec les maternités de Montpellier, Béziers et Sète pour la prise en charge des mineures et des femmes sans couverture sociale.

Qu'il s'agisse du suivi en centre ou à domicile, les bénéficiaires de la PMI sont donc essentiellement les mineures, les migrantes et des femmes sans profession, sans qualification. On prendra ici l'exemple de l'agence de Pézenas qui couvre une population de 62 800 personnes, soit 7 % du département, principalement en zone rurale, avec des difficultés de déplacement et une certaine désertification médicale (fermeture des deux maternités de Bédarieux et de Lodève), pas de médecin gynécologue sur le secteur ni de psychiatre. Les sages- femmes libérales sont au nombre de trois pour 725 naissances (année 2000, chiffre dépassé aujourd'hui en raison d'un solde migratoire positif important). Cette antenne dispose d'une sage-femme qui effectue à domicile le suivi des femmes enceintes en difficulté médicale et sociale. Ses interlocuteurs privilégiés sont les médecins libéraux, les maternités, les services et permanence de planification et les sages- femmes libérales. Les liaisons avec le secteur hospitalier sont fréquentes. Mais la sage-femme de l'agence observe qu'elle est de plus en plus sollicitée pour des problèmes sociaux ou psychiatriques et de moins en moins pour des problèmes médicaux. Elle participe à la formation commune organisée dans le département à l'entretien du 4^{ème} mois.

Dans cette agence, les données quantitatives sont les suivantes:

	2004	2005
Nombre de déclarations de grossesses	478	754
Nombre de séances de préparation à la naissance	50	50
Nombre de femmes ayant suivi de préparation à la naissance	51	55
Nombre de monitorings effectués par la sage femme	128	109
Nombre de femmes suivies domicile	96	109
Nombre de visites à domicile	426	439
Nombre d'avis de naissance	755	878

5.2.4 *Le partenariat*

En dehors des aspects présentés plus haut, la PMI est fortement engagée dans des partenariats effectifs avec les maternités publiques et privées. Elle s'est impliquée activement dans la commission régionale de la naissance et la plupart de ses groupes de travail. Elle constitue un élément clef du réseau régional de périnatalité. Elle participe aux études régionales et aux formations mises en place en partenariat avec d'autres instances.

Ainsi, depuis 1998 le partenariat en réseau entre la PMI et la clinique Saint Roch qui mobilise 2 demi-journées par semaine une sage-femme et une puéricultrice de la PMI, permet de rencontrer des gestantes hospitalisées (ce qui en soi est une situation à risque), des jeunes

mamans et d'y initier des liaisons (dans 85 % des cas pour les gestantes et 57 % des cas pour les mamans). La présence des professionnelles de la PMI à la maternité a un effet multiplicateur : elles y exercent une action de sensibilisation des personnels à la question des vulnérabilités et du lien précoce mère/enfant. Des formations ont eu lieu sur ces thèmes et un réseau en pédopsychiatrie a été créé. Ceci permet d'éviter d'avoir à placer l'enfant lorsque la mère a un problème de dépression post-partum (fréquence; 15% des mères) ou de décompensation. En 2005, le personnel de PMI a pu réaliser à la Clinique Saint Roch (maternité privée de type 2 qui réalise 3 000 accouchements) 200 entretiens, ce qui a donné lieu à 117 liaisons avec la PMI et à des visites à domiciles par les puéricultrices.

Le réseau périnatalité a également permis l'élaboration de protocoles communs à tous les professionnels de la naissance y compris dans le domaine de la santé mentale.

A la suite d'un appel à projet de la DRASS des consultations prénatales hospitalières avancées pourraient avoir lieu notamment dans les endroits où des maternités ont fermé (Bédarieux, Lodève) car les déplacements et le suivi régulier posent un vrai problème. Mais la PMI ne souhaite pas glisser vers une activité soignante pour pallier l'insuffisance des structures de soins, **comme cela se profile dans le biterrois.**

5.2.5 *La question de l'entretien du 4^{ème} mois*

Annoncé dans le plan périnatalité 2005/2007 du 10 novembre 2004 et repris par la circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité, cet entretien est inclus dans les recommandations professionnelles de la Haute autorité de santé ; "*préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*" de novembre 2005.

L'entretien du 4^{ème} mois a pour but de prévenir la pathologie du lien mère/enfant et les troubles du développement psychoaffectif des enfants en améliorant la sécurité émotionnelle des parents. Il offrira un cadre pour :

- favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet,
- leur donner les informations utiles sur les ressources de proximité dont ils peuvent disposer
- créer des liens sécurisants, notamment avec les partenaires du réseau périnatal les plus appropriés.

*"Il doit être l'occasion d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénataux : questions sur elle-même, sur les modifications de son corps, sur son environnement affectif, sur sa vie professionnelle, sur l'attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille, sur la présence ou non de supports familiaux après la naissance etc... Il sera réalisé sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un autre professionnel de la naissance disposant d'une expertise reconnue par le réseau de périnatalité auquel ils appartiennent. Ces entretiens pourront avoir lieu en maternité ou en secteur libéral."*¹⁴

« L'idée qu'un professionnel de la grossesse ouvre le dialogue dans le positif d'une naissance à venir et non à partir de facteurs de risque sociaux ou psychologiques, quelle opportunité pour la future mère ! Toute la prévention de la dépression est là, mais aussi de certaines complications obstétrico-pédiatriques corrélées aux facteurs de stress, le déroulement de

¹⁴ Plan périnatalité

l'accouchement... Bref c'est tout le processus du devenir mère et père qui peut s'en trouver redressé".¹⁵

Le département de l'Hérault apparaît comme un pionnier dans la mise en place de cet entretien qui sera désormais systématiquement proposé à toutes les femmes et dont le remboursement est prévu par son inscription dans la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels)¹⁶ et dans le cadre de mesures financières pour les établissements. Il bénéficie de deux atouts : la présence de Mme le Dr Molénat, pédopsychiatre au centre hospitalier universitaire de Montpellier, auteure du rapport fondateur de l'entretien et l'existence d'un réseau régional de périnatalité qui a commencé à fonctionner en 2005. La directrice estime que l'entretien sera un moment-clé pour repérer les femmes à risque qui ont besoin d'une aide spécifique, en particulier d'une prise en charge par la PMI. Ce sera un outil commun qui permettra " *d'aller au-delà des collaborations actuelles qui relèvent plutôt de l'accointance*".¹⁷

On indiquera ici les conditions jugées nécessaires pour que le professionnel de la naissance puisse assurer un entretien de qualité :

"Avoir bénéficié de formations adéquates, en particulier des formations en réseau donnant une bonne connaissance des divers acteurs (médical, social, psychiatrique, public et privé) : leurs besoins, leurs contraintes...

Avoir acquis la sécurité suffisante pour organiser la diversité des places professionnelles (ouvrir les relais, ne pas tout faire soi-même etc.)

Adhérer au réseau périnatal régional s'il existe, pour accélérer la connaissance mutuelle et pouvoir rendre compte aux moments utiles.

Être soutenu par une reprise régulière avec un psychologue/psychiatre pour les cas difficiles.

Démarrer sur un terrain de manière expérimentale, avec quelques professionnels déjà sensibilisés et formés, pour valider une manière de faire, s'assurer de l'évolution par des retours d'information...

Évaluer à un ou deux ans par des questionnaires de satisfaction des familles et des acteurs concernés".

Une formation à cet entretien et au travail en réseau de proximité a été mis en place sur l'année 2006 (six séances pour deux groupes) et a déjà réuni une trentaine de sages -femmes libérales, hospitalières et de PMI. Le plan de formation vise à inclure 160 sages-femmes.

La formation se donne trois objectifs pour lesquelles elle apporte des outils, des méthodes, des supports et des exercices pratiques :

- écouter pour repérer les vulnérabilités et les potentialités
- proposer un accompagnement adapté
- travailler en réseau périnatal.

Il apparaît que cette nouvelle modalité d'intervention était déjà inscrite largement dans la pratique des sages-femmes de PMI, à la différence des sage-femme libérales et hospitalière dont les fonctions étaient à dominante médicale.

¹⁵ Le carnet psy. Numéro 107 avril 2006. Entretien avec Françoise Molénat par Sylvain Missonnier.

¹⁶ Il est coté à 2,5C soit 38,25 € pour les sage-femmes libérales

¹⁷ Réponse au questionnaire de l'IGAS

5.3 Appréciation de la mission

L'activité en direction des femmes enceintes est organisée en complémentarité avec les autres acteurs du dispositif sanitaire mais la PMI y tient pleinement sa place en ciblant ses bénéficiaires directes et en s'inscrivant activement dans les partenariats et dans l'organisation de l'entretien du 4^{ème} mois où son implication est exemplaire.

Les résultats sont mesurables : grâce à la mobilisation de tous, le département a rattrapé son retard en matière notamment de mortalité périnatale, retard paradoxal dans un département jusqu'ici très avantagé du point de vue de sa démographie médicale.

6 Les actions sur la santé des enfants

Dans ce chapitre, il sera traité de l'activité de la PMI dans les consultations (activités individuelles et collectives, partenariats) et les visites à domicile, à l'école maternelle ainsi que de sa mission de suivi des enfants de l'ASE.

6.1 Eléments généraux sur l'offre de service de la PMI en matière de santé des enfants

Le suivi de la santé des enfants est un axe majeur de travail des services de la PMI. Les interventions des services s'effectuent principalement à travers des consultations dans les centres et des visites à domicile. Mais la PMI de l'Hérault a aussi beaucoup développé des actions collectives d'accompagnement de la parentalité. Par ailleurs, l'articulation entre politique de prévention et de protection est particulièrement forte au sein des agences.

Toute famille qui a déclaré une naissance en mairie reçoit une mallette du nouveau-né qui comprend outre le carnet de santé de l'enfant, un livret «Bébé est là »qui rassemble toutes les informations utiles sur le service offert, un fascicule sur les modes d'accueil et un guide sur les assistants maternels. Par ailleurs, certaines femmes ont pu bénéficier de la visite d'une puéricultrice ou d'une sage-femme à la maternité.

Les 54 centres de PMI sont répartis sur le territoire avec un accent mis sur les quartiers défavorisés de Montpellier (8 implantations en plus des sites des agences) et sur les zones rurales (31 implantations en plus des sites des agences).

Comme pour les autres domaines d'intervention, il n'y a pas de système informatisé de suivi de l'activité ni d'évaluation de l'impact des activités de la PMI sur la santé des enfants au niveau de la direction de la PMI.

Selon les responsables de la PMI, aux alentours de 50% des enfants d'une classe d'âge seraient vus entre leur naissance et deux ans. Après deux ans et jusqu'au bilan en école maternelle ce pourcentage est beaucoup plus faible. Après ce bilan, et sauf pour les enfants confiés au titre de l'ASE (voir plus loin) les contacts ne concernent que peu d'enfants et sont généralement espacés. Le pourcentage des enfants suivis semble varier considérablement d'un territoire à l'autre : dans certaines agences qui sont implantés dans des quartiers défavorisés, le taux de suivi des enfants de moins de 2 ans pourrait se situer entre 85 % et 90 %. A l'autre extrême, ce taux peut descendre jusqu'à 10 à 15 % dans des zones plus favorisées.

S'agissant des modalités du service offert, en 2004, 4 657 enfants ont été suivis à domicile et 6 198 en consultation¹⁸. Selon les professionnels rencontrés, l'essentiel des ressources est consacré aux visites à domiciles pour les enfants et aux consultations pour les enfants de moins de deux ans. Il apparaît que pour les enfants qui sont suivis en VAD ou en consultations, les troubles somatiques les plus graves et les handicaps sensoriels ont été correctement dépistés avant la réalisation du bilan en école maternelle.

¹⁸ Mme Roucaute SVP: avez-vous une idée de la part des enfants vus à la fois en consultation et en VAD ? NON
 IGAS *Mission d'étude relative à la politique départementale* *Juillet 2006*
de protection maternelle et infantile
Département de l'Hérault

6.2 Les visites à domicile (VAD)

Les VAD sont effectuées par les puéricultrices qui y consacrent la majorité de leur temps. Les éléments présentés dans le tableau ci dessous montrent l'ampleur de cette activité qui concerne pour le suivi à domicile en postnatal, aux alentours de 30 % des familles.

Tableau : Les visites à domicile dans le département de l'Hérault (source DPMIS)

	2002	2003	2004
Nombre de VAD effectuées	11113	9472	9432
Nombre de d'enfants vus en VAD	4672	4797	4657

Les familles bénéficiaires sont ciblées à partir des fiches de liaisons avec les maternités, mais aussi des dossiers et des signalements du service social. Les critères qui déterminent la VAD sont à la fois :

- sociaux (âge de la mère, nombre d'enfants, situation socio-économique, parent isolé) et psychologiques pour la mère (notamment à travers l'application d'une grille formalisée permettant le repérage précoce des risques de troubles mère/enfant).
- médicaux pour l'enfant (prématurité, petit poids, petite taille, souffrance fœtale, difficultés à l'accouchement, pathologie de la première semaine etc.)

Le système statistique ne comporte pas d'informations permettant d'appréhender les caractéristiques de familles qui bénéficient de fait des VAD. Selon les puéricultrices rencontrées par la mission, les VAD concernent en priorité quatre types de familles :

- des familles qui sont dans le champ d'intervention potentiel de l'ASE : fragilité psychologique des parents (eux mêmes carencés dans leur propre enfance sur le plan affectif), difficulté à apprécier les besoins des enfants, souvent parce que les adultes ont eu et ont encore besoin d'un accompagnement du service social.
- des parents qui ont des difficultés psychologiques lourdes et qui décompensent à la naissance mais qui ne sont pas en situation socioéconomique difficile
- des parents ou des mères handicapés ou qui ont des limites intellectuelles ou mentales.
- des mères dont le seul isolement crée une vulnérabilité qui nécessite souvent un soutien ponctuel

La durée moyenne d'une visite à domicile est de 1h30. Elle est centrée sur tout ce qui peut développer la capacité de la « bien traitance » à partir de l'observation, de l'écoute et en essayant de générer un sentiment de confiance et de respect mutuel. L'intervention se fait à travers une à deux visites par semaines.

Dans certains cas¹⁹ (action éducative domicile), l'intervention se fait dans un cadre contractualisé avec la famille. La durée de l'intervention est de six mois renouvelable. Le contrat définit des objectifs et prévoit des actions pour les atteindre. L'existence d'un document écrit répond à une certaine attente des familles qui sont demandeuses d'un accompagnement mais qui sont aussi inquiètes des conséquences que peut avoir l'intervention d'un service social et qui considèrent que l'existence de ce contrat est un signe fort de la reconnaissance de leurs droits. Il existe 3 catégories de suivi, léger, moyen et lourd, qui se différencient par la durée et l'intensité de l'intervention. En moyenne l'intervention se

¹⁹ Cela a été présenté à la mission par l'agence Montpellier Sud

poursuit sur une durée de 18 mois mais les écarts sont très forts entre des missions courtes de six mois et des missions longues qui peuvent aller jusqu'à 2 ans et demi. La fréquence de la VAD se situe en moyenne à deux visites par mois et par famille mais elle peut aller jusqu'à plusieurs fois par semaine dans le cadre d' Action Educative Renforcée à Domicile spécifique petite enfance (ex : Appui parental).

D'une façon générale, le raccourcissement des durées de séjour conduit à ce que les puéricultrices²⁰ du biterrois soient amenées à prendre en charge des jeunes mamans parce que le dispositif de soins hors maternités n'a pas été adapté à cette situation. Ainsi, les activités de soins (exemples : surveillance médicale d'un petit poids, d'un ictère) parasitent celles qui sont préventives. Sur Montpellier, cette difficulté a été surmontée par la mise en place d'un service d' Hospitalisation à Domicile (HAD).

L'impact est très fort même s'il n'est pas mesuré : le fait de rencontrer les parents à leur domicile permet d'apporter une aide très concrète et bien adaptée à la situation car celle-ci est mieux appréhendée par la puéricultrice quand elle se rend à domicile. L'apport de la VAD ne se situe pas sur le plan de l'assistance matérielle car moins de 5% des familles concernées reçoivent une aide financière. Il s'agit d'abord d'accompagner les mères et de ne pas les laisser seules dans une période délicate. Il s'agit aussi de développer les compétences parentales à travers la pratique conjointe d'actes simples (coucher, asseoir, préparer la nourriture, laver l'enfant...). L'analyse des interventions fait apparaître que le caractère précoce de la prise en charge est un facteur clef de réussite. La VAD, en développant une intervention préventive va bloquer ou limiter une évolution négative de la relation parent-enfant et permet d'éviter le recours aux actions de protection de l'enfance et donc aux placements. Cela permet aussi de lutter contre un recours excessif à la psychiatrie.

6.3 Les consultations

L'activité de consultations occupe l'essentiel du temps de travail des médecins et une partie significative de celui des puéricultrices. Le tableau ci-dessous fait apparaître l'ampleur de cette activité. Par rapport à l'ensemble de la classe d'âge (67 015 enfants de moins de 6 ans en 2004), le taux moyen d'enfants vus en consultation est inférieur à 10 %, mais avec, on l'a vu des variations de 1 à 8 selon les territoires.

Tableau : les consultations de PMI dans le département de l'Hérault source DPMIS

	2002	2003	2004
Nombre de centres PMI effectuant des consultations infantiles	57	55	55
Nombre de séances de consultations infantiles	2 011	2 062	2 021
Nombre d'enfants vus en consultation	5666	6169	6198

L'accès aux consultations est organisé sur rendez vous à l'intérieur des plages de temps prévues à cet effet (par exemple sur 2, 5 demi-journées par semaine dans les centres). La durée d'attente pour un rendez-vous est de 1 mois à 1 mois ½ pour une première demande sauf dans les situations d'urgence et sauf dans certaines situations de tensions temporaires sur les effectifs où elle peut alors atteindre 2, 5 mois. La durée moyenne de la consultation est de 40 minutes (20 minutes avec la puéricultrice puis 20 minutes avec le médecin). Les consultations permettent de faire un examen approfondi de la santé des enfants. Tous les

²⁰ Cela est particulièrement vrai dans le Biterrois

enfants qui le nécessitent bénéficient du test ERTL 4 qui permet de dépister les difficultés d'apprentissage du langage. Sauf exception et cas de nécessité, il n'y pas de prescription de médicaments. Les responsables de la PMI et les médecins que la mission a pu rencontrer n'étaient pas favorables à la reconnaissance d'un droit de prescription car la PMI doit garder son rôle préventif et ne peut suivre un enfant en continu au risque de perdre sa plus value et de rentrer en concurrence avec les autres systèmes de santé performant en la matière .

Les consultations débouchent sur des conseils aux parents et parfois sur l'orientation vers d'autres professionnels de santé ou des institutions du secteur médico-social. Pour assurer une prise en charge de qualité, la PMI a développé un partenariat multiforme à l'exemple du réseau santé mentale montpelliérain et biterrois. Mais comme cela a été indiqué, le partenariat est mieux organisé dans le champ prénatal que dans celui de la santé des enfants non encore organisé en réseau. Des difficultés rendent parfois problématique la prise en charge des situations dépistées en consultation. Il s'agit notamment de :

- l'éloignement des structures spécialisées
- les délais d'accès très longs aux secteur de pédopsychiatrie : les délais d'attente pour une consultation en CMP sont d'environ deux mois. Dans une agence que la mission a visité, il y avait un délai de 3 à 4 mois pour les rendez vous et 120 enfants étaient en attente de prise en charge. Toutefois la qualité relationnelle entre les professionnels permet, en pratique, de réduire ces temps pour des situations d'urgence.
- le nombre trop limité de places dans les structures de prise en charge du handicap dans ce département : CAMSP, IME, et SESSAD.
- le non remboursement des prestations réalisées par les psychomotriciens et les psychologues cliniciens. Par exception dans une agence, a été mise en place une consultation de psychomotricienne et psychoclinicienne.

La mise en œuvre du SROS devrait améliorer la situation. Les responsables de la PMI s'interrogent aussi sur l'opportunité de la création de postes de psychologues qui seraient employés directement en direction des enfants alors qu'à ce stade, les interventions des psychologues se font d'abord en direction des personnels dans le cadre de l'aide à la décision.

6.4 Les actions collectives : la politique de soutien à la parentalité

L'action de la PMI en direction de la santé des enfants s'organise non seulement au niveau de la prise en charge individualisée dans les consultations et les VAD mais aussi à partir d'actions collectives à la fois dans le domaine de la santé par exemple dans le cadre des programmes évoqués plus haut comme celui sur l'obésité mais aussi sur des thèmes plus sociaux, comme l'accompagnement de la parentalité.

6.4.1 La politique de soutien à la parentalité

Sur l'ensemble du territoire de l'Hérault, les agences de la solidarité ont développé des actions qui participent au soutien de la parentalité. Les caractéristiques sociales du département et notamment, le fait que l'Hérault accueille beaucoup de nouveaux habitants qui, par définition, sont relativement coupés de leur milieu d'origine rend ce type d'action particulièrement utile. Il est également important pour prévenir les retards d'apprentissage du langage. En effet, pour une large part, ils peuvent s'expliquer par la faiblesse de la stimulation des capacités des enfants dans leur milieu familial. C'est parfois le cas dans des familles d'immigration récente dans lesquelles la relation avec la mère est très fusionnelle et peu

verbalisée, d'autant plus que les mères croient à tort qu'elles ne doivent pas utiliser leur langue maternelle dans la relation avec leurs enfants. Plus généralement, ces mères ne se sentent pas en confiance et donc ne mobilisent pas leur savoir-faire traditionnel qu'elles ne croient pas possible d'appliquer à leurs enfants dans le contexte culturel français.

Dans de tels contextes, l'intervention des puéricultrices en soutien de la parentalité est potentiellement efficace. Mais il serait inexact de penser que ces actions doivent être réservées aux familles d'origine étrangère. Les difficultés de la parentalité concernent en fait un très large public. Ainsi les actions engagées bénéficient au 2/3 à des parents en situation économique défavorisée et qui sont allocataires de minima sociaux mais aussi à hauteur du tiers restant à des parents pour qui les difficultés dans la parentalité ne sont pas uniquement liées aux aspects socioéconomiques ou culturels. L'ouverture à tous les publics permet d'éviter la stigmatisation des bénéficiaires mais de plus, la mixité sociale qui est ainsi permise est un facteur de réussite des actions.

6.4.2 Les actions mises en œuvre

Dans les différents territoires, des actions très diverses sont mises en œuvre, souvent à partir d'un effort pour répondre à des besoins très précisément identifiés au niveau local.

6.4.2.1 Les lieux d'accueils parents enfants

Dans plusieurs cas, les équipes de PMI sont directement parties prenantes de la mise en place de lieux d'accueil parent/enfant dans lesquelles interviennent des personnels du Conseil général (des puéricultrices et des éducatrices de jeunes enfants) mais aussi des personnels de crèches. Certains de ces lieux sont implantés dans des centres de loisirs.

La majorité de ces lieux d'accueil sont financés dans le cadre d'un partenariat large incluant la caisse d'allocation familiale et les communes.

La mission a été particulièrement intéressée par certaines de ses initiatives :

- l'atelier bébés en sécurité dans l'eau : il s'agit de sessions d'une demi-journée qui regroupent des mères et leurs enfants pour permettre l'apprentissage des limites à de très petits enfants et le développement de la relation de confiance envers la mère. Ces sessions sont organisées dans un petit local équipé d'un bassin, ce qui donne une dimension très concrète à la pédagogie²¹
- l'Espace famille : il s'agit d'un lieu animé par une éducatrice de jeunes enfants (EJE) qui propose des activités manuelles avec l'objectif de faire sortir des mères de leur logement et donc de développer leur socialisation mais aussi celle des enfants pour les préparer à la scolarisation
- un service d'accompagnement et de transport : dans un cas au moins, l'agence assure des prestations de transport au profit de familles monoparentales dont les mères n'ont pas le permis de conduire ou pas de voiture et qui sont accompagnées avec leur enfant vers une halte garderie qui prend en charge l'enfant pendant que la mère effectue des démarches de recherche d'emploi
- la PMI est aussi associée à la mise en place de classes passerelles qui sont l'occasion de faire un travail sur le langage et donc d'aboutir à limiter les troubles du comportement.

²¹ Les enfants qui ignorent les conseils de prudence et les interdictions de leur mère tombent à l'eau et apprennent ainsi à respecter des limites....

Cela permet aussi aux mères de s'approprier l'école ce qui est particulièrement important dans la mesure où elles n'ont pas toujours une expérience personnelle de l'école maternelle telle qu'elle fonctionne en France.

- un service de relais parents pour l'accueil des enfants en urgence (par exemple dans en cas d'hospitalisation d'un parent). Le service offre une dizaine de places. Il bénéficie le plus souvent à des familles monoparentales. La durée de séjour limitée à 30 jours et la durée moyenne de séjour est de 12/15 jours. L'âge des bénéficiaires est de 18 mois à 10 ans. Il permet aussi de maintenir les enfants dans leur cadre de vie grâce à l'intervention d'une technicienne d'intervention sociale et familiale à leur domicile 24h/24 (TISF)

Ces actions sont très complémentaires des actions de VAD : ainsi par exemple, est mis en place un accompagnement renforcé des mères bénéficiaires de l'API à hauteur de 2 demi-journées par semaine pendant cinq mois.

Enfin le département soutient le développement des capacités de garde à domicile. Dans le cadre du projet PLEIADE, il assure la labellisation de prestataires pour des personnes qui ont besoin d'un service de garde à domicile. Il ne s'agit pas d'assistants maternels mais de professionnels présentant des garanties en matière de garde à domicile d'enfants de moins de 3 ans (ex : CAP petite enfance) .

Au sein des agences, la mise en œuvre de ces actions a été l'occasion de renforcer les liaisons entre les personnels « PMI » et ceux qui sont en charge des missions ASE. Dans une agence visitée par la mission, l'équipe pluridisciplinaire qui s'occupaient de l'enfant se réunissait une fois par semaine, avec une supervision par un psychiatre hospitalier à la retraite et qui participait à ces réunions.

6.4.2.2 La maison de la famille et de l'enfance au quartier Alco (Petit Bard Pergola Cévennes à Montpellier)

Cette initiative de l'agence de Montpellier Nord-ouest a permis la réhabilitation d'un bâtiment au sein d'un quartier défavorisé qui accueille les activités de PMI. Dans ces locaux, sont également présentes différentes associations qui interviennent dans la vie du quartier. Cette implantation regroupée vise à répondre à la démarche des habitants et à offrir un ensemble de services d'accompagnement à la parentalité :

- une consultation PMI : 2 demi-journées par semaine permettant la prise en charge de 24 enfants avec une animation en salle d'attente par des puéricultrices.
- une halte garderie
- des cours d'alphabétisation et un atelier langage
- une permanence de psychologue
- des activités de soutien scolaire
- des actions collectives plusieurs fois par semaine : après l'école pour 5 familles soit 5 à 10 enfants pour un travail sur six mois sur des problèmes éducatifs. L'idée est de n'envoyer vers le secteur pédo-psychiatrique que ce qui est vraiment de son ressort.

Ces activités ont aussi fait évoluer le contexte : cela a conduit à une ré implication des pères sur les questions de santé et d'éducation des enfants

La maison est un lieu très facile d'accès : les mères y viennent fréquemment et elles n'hésitent pas à solliciter les puéricultrices. C'est devenu un lieu de référence pour des mères

qui se trouvent en difficulté. Cette démarche a été rendue possible par le partenariat qui s'est développé au sein de la commission petite enfance organisée sur le quartier et qui rassemble tous les intervenants. La Caisse d'Allocation Familiale est un partenaire privilégié sur cette action.

6.5 Les bilans de santé à l'école maternelle

6.5.1 Les bilans de santé

La PMI de l'Hérault a élaboré à partir de 1987 une doctrine du bilan de santé à l'école maternelle. La nouvelle organisation de cette activité est partie d'une remise en question du système antérieur de bilan de santé complet et systématique, pour les raisons suivantes :

- ce systématisme ne touchait en fait que 50 % des enfants
- l'efficacité était obérée par le manque de temps « *pour s'assurer du suivi des enfants en difficulté avec en comparaison, trop de temps passé avoir des enfants sans problème* ».

Le nouveau système a été accompagné par une formation des professionnels.

Il comporte 3 volets :

-- a) un bilan sensoriel (vision/audition) avec examen du poids et de la taille et dépistage des caries dentaires pour les enfants de 4 ans (moyenne section). Il comporte aussi, si nécessaire, un examen rapide du comportement et du langage. Le reste de la séance est consacré à l'examen des carnets de santé et à la rédaction des avis pour les vaccinations manquantes ainsi que des lettres d'orientation en consultation spécialisée pour un éventuel nouveau trouble sensoriel décelé.

Ce bilan est en général effectué par le médecin de PMI avec l'infirmière ou la puéricultrice. Les enfants sont vus en petits groupes de 4/5. Les parents sont prévenus.

Ce bilan dit B1 est désormais assuré à 90 % sur tout le département. Dans l'agence de Pignan, visitée par la mission, le pourcentage est de 99%.

La prévalence des troubles est de :

10 % pour les troubles visuels, 5 % pour les troubles auditifs, 7 % pour les caries dentaires. Ce bilan permet de dépister chez un enfant sur dix des troubles visuels ou auditifs jusque-là méconnus. Le taux de réponse après orientation chez les spécialistes a été en moyenne de 87 %.

-- b) un entretien entre le médecin et l'enseignant pour tous les enfants de deux à cinq ans. C'est le volet B2. Il porte sur:

- l'attitude et le comportement général, l'adaptation scolaire
- le niveau de compétence : maturité, autonomie, acquisitions (langage, motricité, graphisme)
- les éventuels problèmes de santé ou soucis familiaux.

Cet entretien permet un repérage précoce des difficultés de l'enfant et offre à l'enseignant une opportunité d'analyser, de réfléchir à sa pratique et de recevoir des conseils. L'échange dure en moyenne 1h par classe.

A l'agence de Pignan²², le B2 a été réalisé pour 100% des enfants et a dégagé 33% d'enfants (414) présentant une ou des difficultés: 176 avec des troubles du comportement, 135 du langage et 100 enfants des problèmes familiaux.

Sur les 414 enfants examinés, 90 (soit 22%) ont été jugés relever d'un bilan de santé complet (B3) : il s'agit là d'un deuxième filtrage qui permet de se centrer sur des enfants véritablement à risque. Les autres enfants repérés nécessitaient un simple suivi pour lequel l'enseignant a été encouragé à aborder le sujet avec les parents.

--c) le bilan de santé complet (B3). Il fait suite à l'entretien avec l'enseignant et il est proposé aux parents qui doivent y assister. Il dure une heure en moyenne pour chaque enfant. Il comporte un examen médical complet de l'enfant avec une analyse :

- de son mode de vie : milieu familial, caractéristiques de la scolarisation, rythme de vie (mode de garde avant la scolarisation, rythme de vie actuel)
- comportement en famille, alimentation, sommeil, loisirs, télévision, autonomie, propreté.

Sur le petit échantillon sus mentionné, les troubles détectés ont été

- les troubles du comportement : 72%
- les troubles du langage : 43%
- des troubles moteurs : 14%

Moins de 50% de ces troubles avaient été déjà dépistés. Non seulement les parents sont orientés vers un suivi voire une prise en charge spécialisée, mais le médecin s'assure effectivement du suivi. On note cependant de grosses lacunes sur les suivis par des psychologues et les psychomotriciens qui ne sont pas remboursés.

Sur tout le département en 2004 :

- 10 277 enfants ont été vus en bilan, soit plus de 90% d'une classe d'âge
- 1 636 enfants ont été examinés en bilans complets en présence des parents en 2004. Cela représente 14% d'une classe d'âge.

6.5.2 Les autres activités de la PMI à l'école

La PMI réalise également des actions collectives en direction des enfants ou de groupes de parents, sur des thèmes comme ceux de l'obésité, des rythmes de l'enfant, de la maltraitance.

Par ailleurs, le médecin de PMI consacre une partie de son temps au soutien à l'intégration scolaire. Ainsi sur la circonscription de Pignan, 18 enfants ont nécessité une prise en charge spécifique du fait d'une pathologie ou déficience. Dix enfants ont requis l'intervention de la CCPE (commission de circonscription pré élémentaire et élémentaire de l'éducation nationale). 6 enfants ont fait l'objet d'un projet d'accueil individualisé. Il y a eu six contrats d'intégration.

L'articulation avec la santé scolaire se réalise au moins une fois par an lors de la passation des dossiers.

L'ensemble du travail de prévention en école maternelle a facilité la réalisation de deux enquêtes avec le soutien de l'O.R.S en 1988 et en 1993. Elles ont permis de mieux

²² Tous les renseignements chiffrés concernent cette agence, sauf exception dûment mentionnée

connaître l'état de santé des enfants du département et son évolution mais aussi d'évaluer la stratégie de dépistage mis en place.

6.5.3 Place des activités à l'école maternelle dans l'emploi du temps des médecins.

Chaque médecin consacre plusieurs journées par an à ce travail. Il se tient en outre disponible pour rencontrer tel ou tel parent ou enseignant.

Le B1 est effectué le plus souvent par un tandem médecin/infirmière. Ce n'est pas nécessairement probant en terme de productivité du service. Mais, il est vrai, l'implication de 2 professionnels peut se comprendre dans la mesure où le B1 se réalise par petits groupes et vise à une éventuelle détection de troubles du comportement ou du langage.

Le directeur du pôle départemental de la solidarité et les directeurs adjoints attachent à cette activité en école maternelle une grande importance. Il est vrai qu'après la période du postnatal élargi à un an, c'est un moyen privilégié d'assurer un suivi des enfants plus grands.

6.6 La relation avec les services de protection de l'enfance

L'organisation dans les agences garantit une forte intégration des activités de prévention médico-sociale avec celle de protection de l'enfance. Les équipes travaillent ensemble notamment à travers des réunions inter-services autour de cas difficiles. Ce fonctionnement est donc bien adapté à un contexte dans lequel est nécessaire de garantir une bonne articulation entre la prévention et la protection de l'enfance pour éviter de multiplier les placements. Mais comme cela a déjà été évoqué, il faut éviter que les moyens de prévention ne soient accaparés par les missions de protection .

6.6.1.1 Les interventions de la PMI sur les situations de mauvais traitement

Le Pôle Départemental de la Solidarité a profondément rénové son mode d'intervention sur la base d'un audit externe. Un référentiel a été formalisé et les procédures de signalement ont été refondues. Les professionnels de la PMI sont bien sensibilisés à ces questions et le repérage est effectué dans les structures collectives de la petite enfance et dans les écoles. Des réunions d'information sur ce thème sont réalisées régulièrement. Les services de PMI interviennent dans ces procédures au moment de la 1ère évaluation à domicile des signalements sur les enfants de moins de 6 ans qui est réalisée par une puéricultrice et une assistante sociale. En cas de signalement dans une école maternelle, la 1ère évaluation et, si nécessaire, les constats de lésions sont réalisés par le médecin PMI.

6.6.1.2 Le suivi sanitaire des enfants de l'ASE

Les services de PMI assurent le suivi sanitaire des enfants confiés à l'ASE et particulièrement de ceux qui ont de moins de six ans et sont présents dans le département. Cette intervention est très utile compte tenu des risques de troubles dans les apprentissages que peuvent connaître ces enfants.

Suivi des enfants de l'ASE

	2002	2003	2004	2005
Nombre d'enfants pris en charge par l'ASE	1 897	1 860	1 851	1 979
Nombre d'enfants pris en charge par l'ASE et présents dans le département	1 736	1 704	1 685	1 785
Nombre d'enfants de 0 à 6 ans pris en charge par l'ASE et présents dans le département	378	347	389	372

Près des deux tiers des enfants concernés sont en placement familial. Les puéricultrices assurent des VAD pour ces enfants qui sont aussi suivis en consultation. Le médecin adjoint santé est le garant du suivi de la santé de l'enfant jusqu'à sa majorité à travers la réalisation d'une visite d'admission, la constitution d'un dossier médical, et surtout les liaisons avec les médecins en charge de l'enfant. Dans certains cas, très minoritaires, le système de suivi n'est pas assuré et les enfants sont repérés par la PMI au moment du bilan en école maternelle.

Un nombre important de ces enfants connaissent des difficultés d'ordre psychologique voire psychiatrique. Environ 200 enfants confiés à l'ASE sont suivis par le secteur de pédopsychiatrie. Un référentiel est en cours d'élaboration pour améliorer l'efficacité de ces procédures. Dans ce domaine la mise en place d'un système d'information informatisé serait particulièrement précieuse pour suivre la performance.

6.7 Appréciation de la mission

Les activités dans le domaine de la santé infantile sont mises en œuvre de manière dynamique avec la volonté de s'adapter à des besoins très différenciés et en privilégiant les populations en situation défavorisée. Un partenariat très actif a été développé au niveau territorial. Comme cela a été indiqué précédemment, la mise en œuvre du PRSP et du SROS doit permettre d'améliorer la prise en charge des enfants notamment pour ceux pour lesquels ont été dépistés des risques d'obésité et des troubles dans des apprentissages. L'articulation avec les actions d'accompagnement sur la parentalité est apparue comme très intéressante et traduisant une complémentarité réussie entre les approches individuelles et collectives. Les efforts réalisés dans le cadre du référentiel ASE et des procédures de signalement permettent un vrai suivi des enfants de l'ASE. Globalement un meilleur système d'information sur les activités doit être mis en place et il doit déboucher sur un suivi de la performance

Concernant les bilans de santé, la mission juge et estime que le département de l'Hérault les a organisés de manière à leur assurer un maximum d'efficacité et à concilier à la fois une couverture de tous les enfants et une excellente surveillance ciblée après un filtrage intelligent et inclusif de la communauté éducative. Les dossiers types à remplir par le médecin pour chacun des 3 types d'exams sont à la fois simples, complets et constituent des référentiels pour la conduite de la consultation. La PMI en lien avec la pédopsychiatrie a également élaboré une intéressante échelle d'évaluation du comportement à remplir par les enseignants.

Sur un plan général, la question a été posée de savoir si la PMI peut prendre en charge les enfants de la grande section, et s'il faut prolonger son champ d'action jusqu'à 12 ans. Le service de PMI se montre réticent à assurer cette extension pour des raisons de moyens mais surtout parce qu'elle sous-tend deux formes de compétence. En effet, la prévention précoce pour les 4 ans n'est pas la même que celle que requièrent des enfants de 10 ans.

7 L'agrément et le suivi des assistants maternels

La problématique de l'IGAS a consisté, dans ce département, comme dans les autres, à faire un focus sur la question du rôle de la PMI dans le domaine des assistants maternels, notamment au regard de la charge de travail que cette activité représente pour les services.

7.1 Données quantitatives pour 2005

Nombre d'assistantes maternelles non permanentes	3586
Places en assistantes maternelles non permanentes	8596
Nombre d'assistantes maternelles permanentes	888
Places en assistantes maternelles permanentes	1926 (31/12/2004)
Établissements et services d'accueil	171
Places en établissements et services d'accueil	5075 (31/12/2004)
Agréments d'assistantes maternelles non permanentes	1088
Agréments d'assistantes maternelles permanentes	324
Assistantes maternelles non permanentes suivies par visite à domicile	2354
Nombre de visites à domicile auprès des assistantes maternelles non permanentes	3904
Nouveaux agréments d'établissements d'accueil	33
Visites de suivi en établissement d'accueil.	384

Les places chez les assistants maternels (non permanents) sont passées de 5 400 en 2000 à 8 600 en 2005 (+ 60%) et, sur ces 5 années, le nombre d'assistants maternels agréés de 2 560 à 3 600, soit une croissance de 40%.

Le tableau montre :

- la place importante du mode de garde en assistant maternel dans ce département : 8 600 places contre 5 075 en établissements et services d'accueil
- la charge de travail considérable que représente l'agrément des assistants maternels (1 412) versus celui des nouveaux agréments d'établissements d'accueil (33)
- la charge que représente le nombre de visites à domicile auprès des assistants maternels lorsqu'ils sont déjà agréés (3 904).

7.2 Analyse de la fonction d'agrément des assistants maternels

Le travail de la PMI vis-à-vis des assistants maternels comporte de nombreux volets induits par les procédures réglementaires : accueil des candidats, traitement des premières demandes, modifications, dérogations, renouvellements, suivis d'agrément, recueils de faits (informations sur les dysfonctionnements), suspensions, contentieux. Les délais légaux sont de 3 mois pour un agrément maternel et de 4 mois pour un agrément familial.

Pour l'agrément, le suivi, le contrôle et la surveillance des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans ainsi que des centres de loisirs et centres de vacances maternels, l'organisation du travail positionne le médecin de PMI de l'agence départementale en première ligne en lien étroit avec la direction de la PMI. Pour les modes de garde individuels, la direction de la PMI a réparti le travail administratif entre d'une part, le service central qui assure la réception et la saisine des dossiers et d'autre part, les agences où les puéricultrices réalisent les évaluations et les rencontres sur place, sachant que le travail d'accompagnement et de soutien prend une place de plus en plus grande. Tout nouvel

agrément requiert deux à trois visites. Avec la rédaction du rapport, cela représente un minimum de 5 à 6 heures de travail. En fait la charge de travail, de plus en plus lourde d'une façon générale, est très inégale selon les agences (selon les communes, le nombre d'assistants maternels peut aller de 0 à 558) et les périodes de l'année.

Une part importante de la mission est absorbée par les explications autour du contrat de travail. Il faut considérer que cette tâche est grandement allégée lorsqu'il existe des RAM (Relais assistantes maternelles). Leur rôle «est d'informer les parents et les assistants maternels" et d'offrir à ceux-ci "un cadre pour échanger sur la pratique professionnelle" (article 214-2-1 du CASF). Le partenariat entre les deux caisses d'allocations familiales du département, le Conseil général et les communes (majoritairement gestionnaires) a permis la création de 17 RAM sur près de 30% des communes réunissant 74% des assistants maternels indépendants.

L'explosion du nombre d'assistants maternels en zone périurbaine a nécessité, dans une agence comme celle de Pignan, une réorganisation du travail des puéricultrices : une puéricultrice a été spécialisée à 80 % de son temps sur la deuxième évaluation, le renouvellement, le recueil de fait, le recueil d'informations sur les enfants maltraités et les assistants familiaux.

7.3 La formation des assistants maternels

Elle est gérée par la DPMIS avec un budget rattaché au Pôle des Ressources Humaines (PRH) du Conseil général de l'Hérault,. Elle est placée sous la responsabilité d'une puéricultrice et représente une charge de travail de 2,5 ETP pour la PMI. Elle est réalisée en partie par la PMI (21 H) et sous traitée pour le reste au GRETA (70 H correspondant au programme prévu par le décret d'application de la Loi du 27 juin 2005) et au SDIS (12 H correspondant à la formation premiers secours). Le nombre d'heures mises en place est passé de 2 160 h (2002) à 9 180h (2004), le nombre de bénéficiaires est passé de 336 à 559.

En 2004, 559 personnes ont suivi cette formation sur 60 heures. Le taux d'absentéisme à ces formations était de 20%. Depuis le 1^{er} janvier 2006, où les 100 heures sont proposées avant le premier accueil et dans les semaines qui suivent l'agrément, le taux d'absentéisme des assistants maternels est pratiquement nul. La professionnalisation des assistants maternels est en marche.

7.4 Les questions posées par la charge de travail liée aux assistants maternels

Comme sur les autres sites visités par la mission, la question a été de savoir :

-- dans quelle mesure la relation assistants maternels/parents - employeurs devrait-elle être davantage l'objet d'une politique publique que celle d'autres services à domicile ? Quelles garanties, l'administration est-elle sensée donner aux familles ? Et la PMI, est-elle vraiment en situation d'être en première ligne, alors que les CAF et les municipalités peuvent également jouer un rôle?

-- si l'agrément, le suivi, l'accompagnement et le contrôle des assistants maternels, tâches lourdes et rapidement croissantes, encadrées par des procédures légales contraignantes n'empiètent pas de façon excessive sur le cœur de métier de la PMI et notamment sur celui

des puéricultrices ? Et s'il est raisonnable de renforcer le suivi des assistants maternels dans le cadre de la PMI alors qu'il déséquilibre fortement la charge de travail de ces professionnelles ?

-- les puéricultrices, sont-elles les mieux placées pour agréer et suivre les assistants maternels ? En effet, les critères de l'agrément sont essentiellement : la sécurité, l'épanouissement, la capacité éducative, la maîtrise du français oral et la santé. Seule la santé de l'enfant relève en propre des puéricultrices, sachant que, même dans cette sphère, les conseils sanitaires, au titre de la petite enfance, sont largement démedicalisés, comme l'éducation pour la santé en général.

D'autres professions sont compétentes pour intervenir : assistants sociaux, éducateurs de jeunes enfants, anciens assistants maternels, ou tout autre professionnel dûment formé.

La PMI du département se dit tout à fait ouverte à une réflexion sur ce thème car elle cherche à centrer la PMI sur les usagers directs, la prévention précoce et les difficultés médico-sociales. A ce stade le service de PMI estime que le département devrait conserver " *la délivrance du premier agrément, des renouvellements et des dérogations. Par contre, le suivi pourrait être confié au(x) parent(s) employeur(s) [légitimement responsable(s) de leur employé(e)] à condition :*

- *D'une part, que l'attestation d'agrément de l'assistant maternel soit obligatoirement annexée au (x) contrat(s) de travail*
- *Et d'autre part, qu'ils aient les moyens de le faire grâce à des critères validés.*

De ce fait, le département n'exercerait plus la mission de contrôle mais plutôt un accompagnement professionnel au côté des mairies et des CAF par le biais des RAM. Les puéricultrices de la PMI pourraient ponctuellement y être associées²³.

²³ Réponse de la PMI au questionnaire de l'IGAS

8 L'application des normes réglementaires

8.1 Les normes

	1990	2002	2003	2004	2005
Nombre de demi-journées hebdomadaires de Consultations prénatales		5 13* Permanences Sages-Femmes	5 idem*	5 idem*	5 idem*
Nombre de demi-journées hebdomadaires de Consultations de planification*		42 7** PPEF	42 idem**	42 idem**	42 idem**
Nombre de demi-journées hebdomadaires de Cs infantiles pour 200 naissances		50 45*** permanence puéricultrices	51 idem***	50,5 idem***	52 idem***
Nombre de sages-femmes pour 1 500 enfants)		2,3 ETP	2,24 ETP	2,46 ETP	2,26 ETP***
Nombre de puéricultrices pour 250 enfants)		1,3 ETP	1,25 ETP	1,24 ETP	1,24 ETP***

*** A noter qu'en 2004, le département avait un nombre de naissances de 11 344 et qu'en 2005, celui-ci est de 12 195 (+ 851).

Les normes minimales des R 2112-5 et R 2112-6 et R 2112-7 ne sont pas respectées pour les consultations prénatales et de planification et à un moindre degré, pour les consultations infantiles. Elles le sont pour les quotas de sages-femmes et de puéricultrices.

Au niveau des territoires, il manque à certains endroits des consultations infantiles et dans tout le territoire, des consultations prénatales et de planification.

En revanche toutes les activités prévues par les textes sont réalisées, même celles qui ne sont pas normées (visites à domiciles, bilans, actions collectives..)

8.2 Commentaires de la DPMIS²⁴

Le département a toujours eu le souci de rendre le meilleur service et donc, de manière pragmatique, il a toujours raisonné à partir d'un diagnostic local lui permettant d'apporter des solutions adaptées, complémentaires et non concurrentielles. Ainsi, il a développé les VAD et donc, les postes de Sage-Femme à un moment où la densité médicale était importante dans l'Hérault et où il n'y avait pas de Sages-Femmes libérales. Par conséquent, le choix de limiter le nombre de ½ journées de consultations prénatales et de planification se justifiait. Parallèlement, il a mis en place d'une part, des conventions PMI avec les 3 maternités des centres hospitaliers départementaux pour la prise en charge des mineures et des femmes enceintes sans couverture sociale et d'autre part, des permanences assurées par des Sages-Femmes (actuellement 13 ½ journées par semaine). En outre, en 2002, des PPEF ont été créées. Aujourd'hui, le constat est différent puisque la démographie médicale est sur une pente descendante, que l'accès aux consultations prénatales se complique et que la population héraultaise augmente de manière significative. De plus, les Sages-Femmes libérales sont maintenant nombreuses. Ce contexte récent engage le département à une réflexion pour adapter, comme d'habitude, ses moyens à cette nouvelle réalité. Néanmoins, une difficulté de taille est prévisible : le recrutement de médecins pour assurer les consultations prénatales. Une réflexion doit absolument être engagée pour éviter cet écueil, autrement dit, la création de postes de consultations qui ne pourraient pas être pourvus (ce qui signifie qu'aucun service ne serait concrètement rendu...). La possibilité d'impliquer davantage le secteur libéral (Permanences Sages-Femmes avec des bons de consultation médicale, de laboratoire, d'échographie, de pharmacie comme dans les PPEF) serait peut-être une piste à creuser....

²⁴ Réponse au questionnaire de l'IGAS. En italiques dans ce texte

Conclusion

La PMI de l'Hérault apparaît comme un acteur de santé publique au sens plein du terme :

- positionné dans le dispositif comme un partenaire actif et centré sur ce qui fait sa plus-value
- ouvert aux nouveaux besoins du public, qu'il s'agisse du soutien à la parentalité ou de l'évolution des implantations
- capable de concilier une ouverture à tous avec un traitement privilégié pour les familles ou les personnes en difficultés

La PMI tient à garder sa spécificité de prévention sanitaire précoce "*dans une transversalité où chacun a sa place*". Elle ne souhaite pas être absorbée par les tâches de plus en plus lourdes liées à la protection de l'enfance, ni par celles, fort différentes, du suivi et de l'accompagnement des assistants maternels.

La PMI a sa part dans le succès obtenu dans la lutte contre la mortalité périnatale sur laquelle tous les partenaires de la santé publique se sont mobilisés depuis plus de quinze ans. Des gains peuvent être recherchés dans le domaine de la planification familiale et de la parentalité, thèmes de plus en plus prégnants. Les améliorations dans le service rendu par la PMI viendront principalement du volet organisationnel et des systèmes d'informations, à condition que l'investissement du Conseil général sur le sujet de la santé des familles se poursuive.

Christophe LANNELONGUE

Bernadette ROUSSILLE

ANNEXES

Liste des annexes

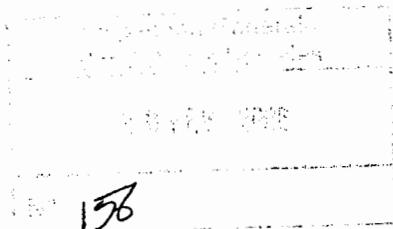
1. Lettre de mission de l'IGAS
2. Programme de la mission sur place
2. Liste des personnes ou des organismes rencontrés
4. Le programme régional de santé publique et la PMI
5. Implantations du service de PMI (carte du département)

Annexe 1 : lettre de mission

FXR/MGD/D.1648

Paris, le

20 FEV. 2006



TAMMIE
2006

20-2

Le Ministre de la Santé et des Solidarités

Le ministre délégué à la Sécurité Sociale,
aux Personnes âgées, aux Personnes
handicapées et à la Famille

à

Madame la Chef du Service de
l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Objet : mission d'étude sur la Protection maternelle et infantile (PMI)

Le rôle essentiel de la PMI est reconnu depuis longtemps. Il a d'ailleurs été récemment souligné dans le plan périnatalité. La réforme de la protection de l'enfance que nous avons lancée se doit d'intégrer des préconisations opérationnelles à son égard.

L'IGAS a réalisé au cours de ces dernières années le contrôle des services de PMI de plusieurs départements. Les constats présentés dans ses rapports montrent une grande hétérogénéité dans les objectifs fixés par les départements mais aussi, dans certains cas, la difficulté à couvrir le champ des missions légales.

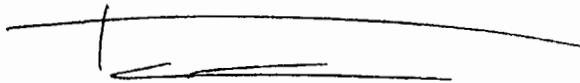
L'existence de tels écarts conduit à s'interroger sur la pertinence de la formulation des normes réglementaires et sur les moyens à mettre en œuvre pour qu'elles soient respectées. Afin d'assurer l'accessibilité à la santé la plus large possible pour les assurés sociaux ou les bénéficiaires de la CMU, il peut également être justifié de revoir la finalité et le cadre de la politique de PMI.

A partir d'une étude actualisée des conditions et des résultats de la politique de PMI dans plusieurs départements, vous proposerez les axes fondamentaux d'une politique renouvelée en terme de missions et d'obligations, ainsi que les modalités à développer pour assurer son rôle clé dans le domaine de la prévention, notamment au regard de la protection de l'enfance.

Nous souhaitons recueillir vos premières conclusions début mars et recevoir votre rapport définitif d'ici à juin 2006.



Philippe BAS



Xavier BERTRAND

Annexe 2 - Programme de la mission sur place

Lundi 10 avril 2006

- ☞ 8 h Accueil Inspecteur IGAS
- ☞ 9 h 30 Agence Pézenas : thèmes abordés
la pratique du travail en réseau sur le rural ;
la place du Département par rapport aux autres partenaires à partir d'exemples :
- les lieux d'accueil parents / enfants : les ateliers de psychomotricité...
 - les classes passerelles ;
 - travail avec la pédo-psychiatrie et la psychiatrie adulte, parentalité et handicap mental ;
 - un projet RAM en rural.
- ☞ 14 h Réunion PDS : Mr Germain-Géraud, Mme Sarre, Mr Marcon
- ☞ 16 h Point sur la planification : Mme Rachedi
- ☞ 16 h 30 Echange sur le réseau périnatal avec le Professeur Boulot :
- perspectives du réseau ;
 - place des sages-femmes PMI Agences dans les entretiens du 1er trimestre.

Mardi 11 avril 2006

- ☞ 8 h 30 - 9 h 30 Clinique Saint-Roch
point sur les liaisons sorties de maternité : avec mesdames Benestan et Turies (Agence de Mauguio) ;
place des V.A.D sur liaisons hospitalières publiques et privées ;
travail en réseau avec les agences et la pédo-psychiatrie.
- ☞ 10 h – 12 h Agence de Pignan
- 1°) Echange autour du travail en école maternelle, optimisation du dépistage et modalités pratiques ;
- 2°) Les modes de garde :
intérêts et limites de la mission de contrôle du Conseil Général ;
les V.A.D des puéricultrices ;
le travail sur la parentalité et l'intégration des enfants différents.
- ☞ Après-midi A.R.H et D.R.A.S.S

Mercredi 12 avril 2006

- ☞ 8 h 30 – 10 h Espace Famille - La Croix d'Argent (Agence Montpellier Sud)
- 1°) les différents modes de soutien à la parentalité :
le coin des parents ;
l'appui parental ;
le Relais des Lilas.
- 2°) soutien avec l'Aide Sociale à l'Enfance : quelle population pour quelles réponses ?
- ☞ 10 h 30 – 12 h Maison de l'Enfance et de la Famille - La Pergola (Agence de Montpellier Nord-Ouest)
- adaptation d'outils de prévention sur une population précarisée par l'immigration dans un quartier de Montpellier :
la bulle des bébés bavards...
le collectif des parents....
- ☞ Après-midi Synthèse de la PMIS avec l' I.G.A.S

Annexe 3 - Liste des personnes ou des organismes rencontrés

SIÈGE DU DÉPARTEMENT:

M. Patrick Germain-Géraud, directeur du pôle départemental de la solidarité
 M. Didier Marcon, directeur adjoint chargé de l'enfance et des politiques en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées
 Me Marie-Christine Sarre, directrice adjointe chargée du développement social local
 Dr Catherine Roucaute, directrice de la protection maternelle infantile et de la santé
 Dr Nadia Rachedi, adjointe à la directrice

CHU de Montpellier:

Dr Françoise Molénat médecin pédopsychiatre, chercheuse et formatrice (Afrée)

ARH

ME CATHERINE DARDE, DIRECTRICE

DRASS:

M. Dominique KELLER, directeur adjoint
 Dr Michel GREMY, médecin inspecteur de santé publique

DDASS :

M. Jean-Paul Aubrun directeur
URCAM: M. Dominique Létocard, directeur

AGENCE DE PEZENAS

Marie-Thérèse Astruc, directrice, Dr Christine Lieb, adjoint santé et leur équipe

Clinique SAINT ROCH

P Morette ,directeur, Cathy Boyer ,sage-Femme et leur équipe

AGENCE DE PIGNAN

Dr Anne Alauzen, adjoint santé, Laure Rivière, adjoint socio-éducatif et leur équipe

AGENCE Montpellier SUD

Régine Landes, directrice, Dr Monique Laurent-Vauclare, adjoint santé,
 Me Brigitte Fabrégat du Relais parental et l'équipe de l'agence

Antenne PETIT BARD PERGOLA de l'Agence Montpellier Nord Ouest

M. Jean Bornet : directeur de l'agence départementale montpellier Nord Ouest
 Dr Dominique Foulquier-Gazagnes, adjoint santé
 Me Christine Blache adjointe pole socio éducatif et leur équipe

Annexe 4 - Principales orientations du PRSP qui concernent la PMI

A) Axe 1 « Promouvoir les comportements favorables à la santé » et plus particulièrement

-l'objectif n° 1 : Promouvoir les comportements favorables à la santé à travers les actions qui visent à favoriser la pratique de l'activité physique et à mettre en place une politique d'éducation nutritionnelle adaptée aux différentes populations cibles. Il s'agit de la traduction de plusieurs objectifs nationaux inscrits dans le rapporta annexé à la LOSP et notamment de l'objectif n° 12 interrompre la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids. L'indicateur retenu est la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les élèves de grande section de maternelle donc les quatre cinq ans.

-l'objectif général n° 3 : Favoriser une sexualité épanouissante et responsable : développer une approche préventive commune santé et éducation à l'éveil à la sexualité (estime de soi respect de l'autre) y intégrer les questions liées à la contraception, la maternité, la prévention des IST. Il s'agit de la mise en œuvre d'objectifs nationaux figurant dans le rapport annexé à la loi de santé publique : objectif n° 97 sur l'accès à la contraception et à l'IVG et N° 43 sur les infections sexuellement ment transmissible. Les indicateurs concerneront le taux d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans et la proportion d'IVG réalisées sur des mineures le nombre de naissances de mères mineures et la proportion de naissances de mères mineures.

-l'objectif général n° 4 : prévenir les accidents de la vie courante et réduire leurs conséquences notamment l'objectif de réduction de la fréquence et de la gravité des traumatismes des enfants consécutifs à un accident de la vie courante.

-l'objectif général n° 5 prévenir les usages répétés excessifs et nocifs de substance psycho actives avec notamment u objectif d'agir sur le tabagisme dont un indicateur serait la prévalence du tabagisme au cours de la grossesse

- l'objectif général n° 7 : prévenir les violences et leurs conséquences sur la santé et notamment l'objectif de construire des stratégies d'action régionale auprès des différentes populations cibles

- l'objectif général n° 8 : préserver la santé buccodentaire et notamment développer le dépistage précoce auprès des populations cibles et des professionnels (incluant les programmes de scellement des sillons chez le jeune enfant), améliorer l'éducation à la santé en matière d'hygiène bucco dentaire et intégrer l'objectif de préservation de la santé bucco dentaire dans les programmes nutritionnels en particulier chez le jeune enfant et l'adolescent

-l'objectif général n° 9 : améliorer la couverture vaccinale de la population générale et de populations cibles. L'indicateur serait de porter à 95 % le taux de vaccination à 24 mois pour les vaccins obligatoires ou recommandés

B) Axe 2 « améliorer la connaissance la prévention et la maîtrise des risques sanitaires liés à des facteurs environnementaux et mettre en œuvre le volet alerte et gestion des situations d'urgence sanitaire du plan régional de santé publique

Objectif général n° 10 améliorer la connaissance la prévention et la maîtrise des risques sanitaires liés à des facteurs environnementaux (il s'agit de fait de la reprise des objectifs du plan régional santé environnement avec un objectif de renforcer la protection des enfants et des femmes enceintes.

C) Axe 3 : réduire la morbidité et la mortalité évitable

Objectif général n° 13 : améliorer le dépistage et la prise en charge des maladies cardiovasculaires et neurovasculaires

Et notamment mettre en place des programmes de dépistage et de prise en charge précoce du surpoids en particulier chez le jeune enfant

Objectif général n° 16 réduire la contamination par le sida les hépatites et les IST et veiller à une prise en charge de qualité

Objectif général n° 18 : reconnaître et prendre en charge précocement la souffrance psychique quelqu'en soient les différents modes d'expression

D) Axe 4 prévenir le handicap réduire sa fréquence ou sa gravité et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique

Objectif général n° 20 : organiser la détection et la prise en charge des troubles des apprentissages :

- améliorer la connaissance sur le plan statistique et épidémiologique
- Mettre en place le repérage précoce des troubles sensoriels à la naissance ou dans la première année de vie
- Organiser en liaison avec les équipes de santé scolaire et les enseignants un dépistage des troubles spécifiques du langage oral et écrit notamment au bilan de santé obligatoire pour l'entrée en cours préparatoire
- Améliorer l'accès à un diagnostic spécialisé
- Renforcer la coordination des prises en charge entre les mesures de soutien pédagogique et les rééducations de type orthophonique et la mutualisation des moyens
- Organiser le suivi des enfants et le soutien des familles ne particulier les plus vulnérables

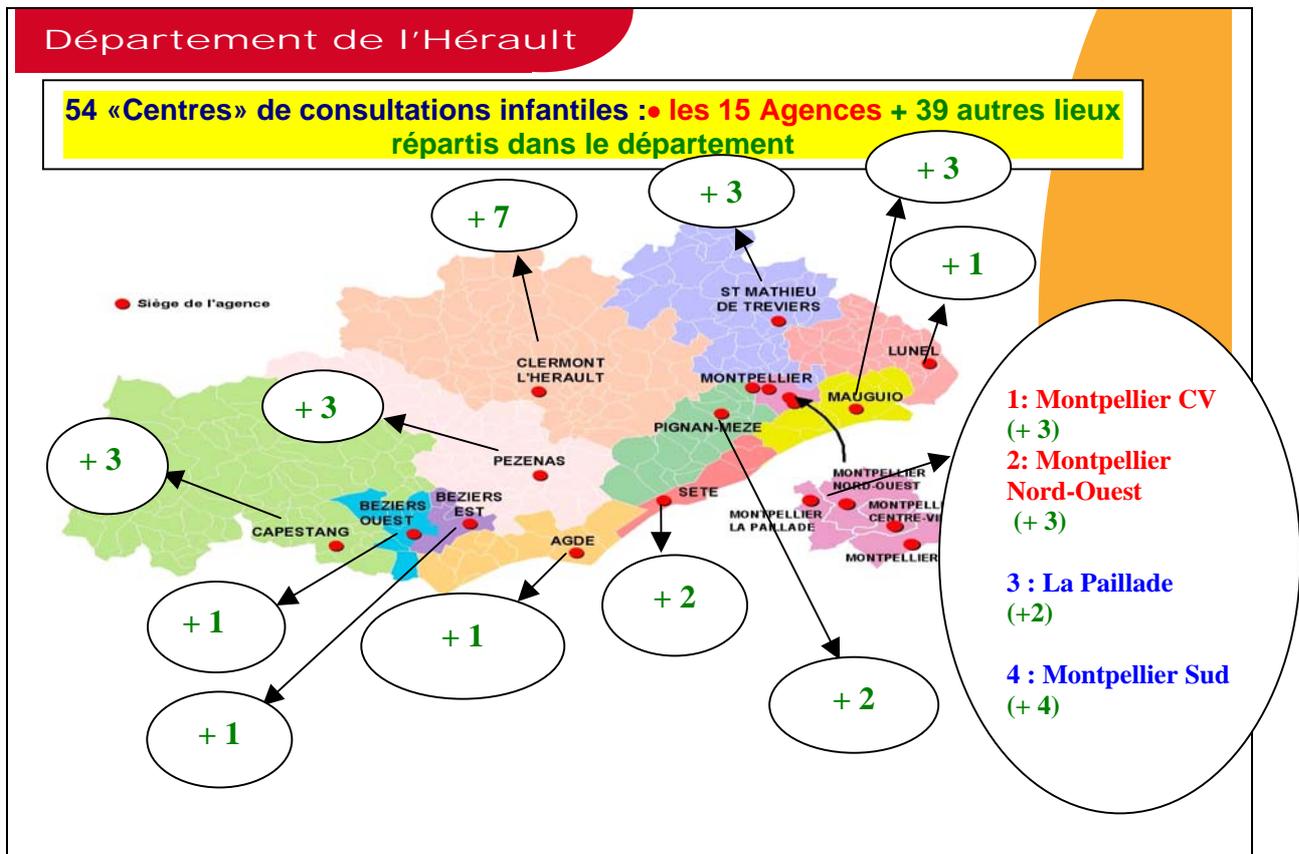
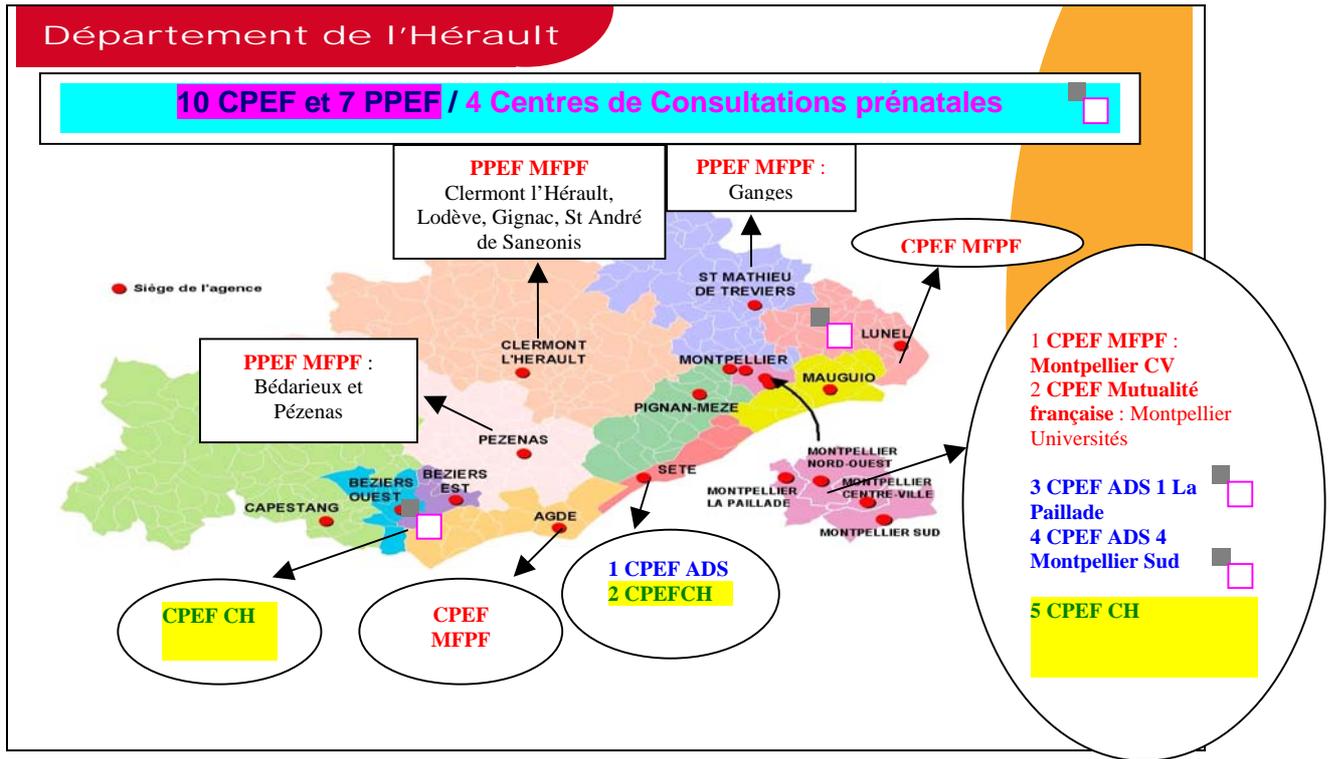
Objectif général n° 21 développer la prévention le dépistage et la prise en charge durant la période périnatale et organiser le suivi de certaines catégories de nouveaux nés à risques

Optimiser la politique de prévention du handicap d'origine prénatale en particulier en direction des couples les plus vulnérables

Organiser et développer le suivi précoce des enfants à risque de présenter des troubles du développement en particulier en direction des familles les plus vulnérables

Annexe 5

**Nombre d'unités opérationnelles, de points de consultation et répartition
sur le territoire (Centre de Planification ou d'Education Familiale - CPEF +
Permanences de Planification ou d'Education Familiale -
PPEF/Consultations prénatales/Infantiles)**



Réponse du Président du conseil général de l'Hérault



Le Président
Sénateur de l'Hérault

André Vezinhet

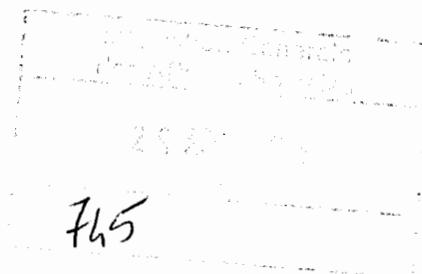
61

Montpellier, le

28 AOUT 2006

Madame Marie-Caroline Bonnet-Galzy
Inspection Générale des Affaires Sociales
Section des rapports
25-27, rue d'Astorg

75 008 PARIS



AV/PDS/Direction Protection Maternelle Infantile et de la Santé
Tél : 04.67.67.63.92

Madame,

J'ai bien reçu le rapport provisoire relatif au service départemental de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de l'Hérault, établi par madame Bernadette Roussille et monsieur Christophe Lannelongue, membres de l'Inspection générale des affaires sociales, et vous en remercie.

Je souhaite vous faire part d'une observation sur le 3^{ème} alinéa du point 31.31, situé au bas de la page 14. Il ne m'apparaît pas tout-à-fait exact d'écrire : "*le débat budgétaire annuel est très global et porte sur les dépenses du Pôle Solidarité dans son ensemble.*" En effet, lors du vote du budget, chaque direction du Pôle Départemental de la Solidarité fait l'objet d'un rapport présenté et voté par l'Assemblée Départementale. A titre d'exemple, je vous joins la copie des deux derniers rapports de la direction PMI.

Je vous remercie de bien vouloir prendre en compte cette observation et reste dans l'attente de votre rapport définitif.

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de ma considération distinguée.

Le Président,

André Vezinhet
Sénateur de l'Hérault

**Mission d'étude relative à la politique départementale
de protection maternelle et infantile**

Département de Meurthe-et-Moselle

Rapport définitif

***Rapport présenté par :
Patricia VIENNE et Christophe LANNELONGUE***

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Rapport n°2006-094
Septembre 2006***

**Mission d'étude relative à la politique départementale
de protection maternelle et infantile**

Département de Meurthe-et-Moselle

Rapport définitif

***Rapport présenté par :
Patricia VIENNE et Christophe LANNELONGUE***

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé***

***Rapport n°2006-094
Septembre 2006***

SOMMAIRE

Rapport initial	1 à 42
Annexes du rapport initial.....	43 à 56
Réponses du président du conseil général de Meurthe-et-Moselle	57 à 64
ces réponses n'appellent pas d'observation de la part de la mission	

Sommaire

INTRODUCTION	3
PARTIE 1 : PRÉSENTATION DU DÉPARTEMENT ET DE L'ORGANISATION DU SERVICE DE PMI	5
1.1 PRÉSENTATION DE LA MEURTHE-ET-MOSELLE À TRAVERS QUELQUES INDICATEURS	5
1.1.1 Démographie.....	5
1.1.2 Caractéristiques sociales	5
1.1.3 Eléments sur l'offre de soins et sur l'équipement médico-social	6
1.2 ORGANISATION DU SERVICE DE PMI	6
1.2.1 Economie générale de l'organisation	6
1.2.2 L'organisation des services de PMI.....	8
1.2.2.1. Les services centraux.....	8
1.2.2.2. Les services territoriaux.....	9
1.2.3 Le fonctionnement des services de PMI	10
1.2.3.1. Le pilotage : la définition des orientations et la fixation des objectifs	10
1.2.3.2. L'animation des services	10
1.3 RESSOURCES AFFECTÉES À LA PMI	11
1.3.1 Les ressources budgétaires	11
1.3.2 L'adéquation entre les missions et les moyens.....	13
1.3.3 La politique de gestion des ressources humaines.....	14
1.3.3.1. Les effectifs et leur évolution	14
1.3.3.2. Les enjeux en matière des ressources humaines	14
1.3.4 Système d'information.....	15
1.4 APPRÉCIATION DE LA MISSION SUR L'ORGANISATION ET LES RESSOURCES.....	15
PARTIE 2 : ACTIVITÉS DE PLANIFICATION ET D'ÉDUCATION FAMILIALE	17
2.1 DES ACTIVITÉS MENÉES À UN NIVEAU SIGNIFIANTIF DANS LE DOMAINE DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉDUCATION FAMILIALE	17
2.2 DES ÉVOLUTIONS EN COURS POUR AMÉLIORER LE PILOTAGE ET L'ANIMATION DES CENTRES	18
2.3 APPRÉCIATION DE LA MISSION.....	19
PARTIE 3 : LES ACTIVITÉS EN PÉRINATAL	20
3.1 LES INDICATEURS DE PÉRINATALITÉ.....	20
3.2 LES ACTIVITÉS	20
3.2.1 L'absence de mise en place de consultations médicales prénatales.	20
3.2.2 Les visites à domicile : une priorité pour les sages-femmes	21
3.2.3 L'entretien du 4 ^{ème} mois de grossesse : une mise en place ancienne en Meurthe-et-Moselle	22
3.2.4 Les visites post-natales des sages femmes : une information sur la contraception.....	23
3.2.5 Des séances collectives peu développées	24
3.2.6 Une interrogation sur l'élargissement du droit de prescription	24
3.3 LES PARTENARIATS DE LA PMI	24
3.3.1 Le réseau périnatal lorrain : une évolution lente vers un réseau de santé	24
3.3.2 La difficulté à positionner les professionnels libéraux dans un contexte de pénurie future.....	26
3.4 APPRÉCIATION D'ENSEMBLE DE LA MISSION SUR CE DOMAINE D'ACTIVITÉ.....	26
PARTIE 4 : LES ACTIVITÉS CONCERNANT LA SANTÉ DES JEUNES ENFANTS	27
4.1 CONTEXTE ET PLACE DE CE DOMAINE D'ACTIVITÉ DANS LA STRATÉGIE DES RESPONSABLES.....	27
4.2 LES ACTIVITÉS DE VISITES À DOMICILE (VAD), DE CONSULTATIONS, ET LES ACTIONS CONCERNANT LA PARENTALITÉ ET DE SUIVI SANITAIRE DES ENFANTS PLACÉS	28
4.2.1 Les visites à domicile (VAD) après la naissance.....	29
4.2.2 Les consultations.....	30
4.2.3 Le soutien à la parentalité.....	30
4.2.4 Le suivi des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance	31

4.3	LES BILANS DE SANTÉ EN ÉCOLE MATERNELLE.....	31
4.3.1	<i>Un taux de couverture de presque 100% pour le bilan des enfants de 4 ans.....</i>	32
4.3.2	<i>Selon la présence ou non des parents une différence dans la nature des bilans réalisés.....</i>	32
4.3.3	<i>Des résultats quantitatifs et qualitatifs variables selon les territoires.....</i>	33
4.3.4	<i>Le partenariat avec le service de santé scolaire et la question de l'extension du champ d'action de la PMI.....</i>	36
4.4	APPRÉCIATION DE LA MISSION SUR L'ENSEMBLE DES ACTIVITÉS CONCERNANT LA SANTÉ DES JEUNES ENFANTS	36
	PARTIE 5 : LES MODES DE GARDE	38
5.1	DES PRIORITÉS CLAIREMENT AFFICHÉES EN MATIÈRE DE POLITIQUE DÉPARTEMENTALE D'ACCUEIL DE LA PETITE ENFANCE.....	38
5.1.1	<i>Les principaux points du constat.....</i>	38
5.1.2	<i>Des axes stratégiques avec des propositions concrètes</i>	39
5.2	L'AGRÉMENT DES ASSISTANTES MATERNELLES À TITRE NON PERMANENT	40
5.2.1	<i>Une répartition des activités d'agrément entre le siège et les territoires</i>	40
5.2.2	<i>Les données d'activité disponibles</i>	41
5.2.3	<i>Appréciation de la mission.....</i>	41
	CONCLUSION	42
	ANNEXES	

Introduction

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a réalisé depuis 2003, dans le cadre de son programme de travail le contrôle de 4 services de protection maternelle et infantile (PMI) dans les départements de Seine-Saint-Denis, du Finistère, de l'Ain et de la Guadeloupe. Ces enquêtes ont fait le constat d'une grande hétérogénéité dans les activités mises en œuvre dans les différentes collectivités départementales et, dans certains cas d'une difficulté à couvrir les missions légales et d'un non-respect des normes minimales réglementaires.

Ces constats recourent ceux effectués par la défenseure des enfants, dans son rapport annuel 2002, qui faisaient apparaître les services de PMI comme *un « système performant mais une réalité inégale »*. Elle appelait à une rénovation et à un renforcement des attributions de la PMI.

Dans ce contexte, fin 2005 l'IGAS a proposé au ministre de la santé et des solidarités et au ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille d'inscrire à son programme annuel de travail une large enquête sur l'avenir de la PMI. Ce thème a été retenu comme prioritaire par les deux ministres concernés.

De plus, suite au débat public sur la protection de l'enfance initié en 2005, le gouvernement a engagé la préparation d'un projet de loi transmis au conseil des ministres à la mi-avril 2006 qui devrait être voté définitivement à l'automne. Les ministres souhaitent également intégrer dans ce projet de loi des dispositions concernant la protection maternelle et infantile avec la volonté forte de trouver un consensus avec les représentants des collectivités locales gestionnaires de ce domaine de compétences.

C'est pourquoi, par lettre du 20 février 2006 (jointe en **annexe 1**), le ministre de la santé et de la solidarité a saisi l'Inspection générale des affaires sociales d'une mission d'étude sur la protection maternelle et infantile (PMI) visant à proposer *« les axes fondamentaux d'une politique rénovée en terme de missions et d'obligations, ainsi que les modalités à développer pour assurer son rôle clé dans le domaine de la prévention, notamment au regard de la protection de l'enfance »*.

Cette mission a été confiée à Mmes Danièle JOURDAIN-MENNINGER, Bernadette ROUSSILLE, à Mme le docteur Patricia VIENNE et à M. Christophe LANNELONGUE, membres de l'Inspection générale de affaires sociales.

Pour procéder à ces investigations, et en complément des contrôles déjà réalisés et des rencontres et entretiens avec les responsables nationaux et les représentants des professionnels, la mission a choisi de se déplacer dans cinq départements (Calvados, Essonne, Hérault, Meurthe-et-Moselle et Paris). La collectivité départementale - Ville de Paris fait l'objet d'une mission conjointe IGAS - Inspection de la Ville de Paris. Chaque département fait l'objet d'un rapport de site avec procédure contradictoire simplifiée. L'ensemble des propositions de la mission est contenu dans le rapport de synthèse.

En Meurthe-et-Moselle la mission sur le terrain s'est déroulée les 5,6,7 et 19 avril 2006. Des contacts complémentaires se sont poursuivis en mai et juin 2006. La liste des personnes rencontrées figure en **annexe 2**.

Les membres de la mission tiennent à souligner :

- la qualité de l'accueil des élus et responsables administratifs du conseil général,
- la disponibilité des responsables de la PMI,
- la richesse des échanges pertinents et spontanés avec les professionnels des territoires et les représentants des organismes et institutions rencontrés,
- l'aide apportée à la mission, notamment à travers les documents remis et les entretiens autour des données relatives aux réponses fournies au questionnaire de l'IGAS.

Les appréciations de la mission quant à la mise en œuvre des missions relevant de la politique de protection maternelle et infantile dans le département de Meurthe-et-Moselle doivent être comprises comme une contribution à la réflexion dans une optique d'amélioration de l'action publique en direction des citoyens et des usagers de la PMI.

Partie 1 : Présentation du département et de l'organisation du service de PMI.

1.1 Présentation de la Meurthe-et-Moselle à travers quelques indicateurs

1.1.1 Démographie

La Meurthe-et-Moselle comptait en 2004 une population de 721.942 habitants (soit 1,1% de la population totale), à comparer aux 713.555 habitants dénombrés lors du recensement de 1999 (soit une progression de 1,1% nettement moins importante que la moyenne nationale de 2,8%). Cette population est répartie sur un territoire de 5.246 Km² soit une densité de 138 habitants au kilomètre carré contre 111 pour la France dans son ensemble. Elle est urbanisée à 83 % soit une situation très proche de la moyenne française. Le territoire du département s'étend sur une très grande distance du nord au sud.

Tableau 1. Données démographiques

	1990	1999	2002	2003	2004
Population totale	711 943	713 779	ND	718 250	721 942
Nombre d'enfants de moins de 6 ans	50 569	43 094	51 741	52 059	51 701
Taux de natalité (pour 1.000)	13,4 ^{°/°°}	ND	11,7 ^{°/°°}	11,8 ^{°/°°}	12,1 ^{°/°°}
Nombre d'enfants nés vivants de parents résidant dans le département	9754 (estimation)	8497	8548	8398	8671

Source : *Regards sur les chiffres clefs 2006. Conseil Général de Meurthe-et-Moselle complétés par les données STATISS de la DREES*

La structure d'âge de la population est très proche de celle de la population française dans son ensemble. Le nombre de femmes de 15 à 49 ans s'élevait à 179 397 en 2003. Le taux de natalité de 11,8 pour 1000 habitants est inférieur au taux national (12,7 en 2003). Le nombre de naissances domiciliées dans le département en 2003 était de 8398. Cette même année, la population des moins de 6 ans était estimée à 52 059 enfants.

1.1.2 Caractéristiques sociales

La situation sociale de la Meurthe-et-Moselle était relativement proche de celle du reste du pays. En 2003, le nombre de bénéficiaires du RMI s'élevait à 14.559 (1.111.374 pour la France entière). Le nombre de bénéficiaire de l'API atteignait 2.408 (soit 13, 4 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans contre 11, 9 dans la France entière). La part des familles monoparentales s'élève à 17,8 %, et est en sensible augmentation par rapport au niveau atteint au début des années 1990. Elle atteint 30 % dans l'agglomération de Nancy. Le nombre de bénéficiaires de la CMU s'élevait à 12.102 et celui de la CMU complémentaire à 43.423 (6% de la population départementale contre 6, 6 % au niveau national).

1.1.3 Eléments sur l'offre de soins et sur l'équipement médico-social

Il existe en Meurthe-et-Moselle une offre de soins très diversifiée. La situation en matière de démographie médicale est satisfaisante, avec notamment 1.289 médecins généralistes (soit une densité de 122 contre 114 au niveau national), 1507 spécialistes (soit une densité de 81 contre 88 au niveau national), 295 sages femmes (dont 10 libérales). L'ensemble des spécialités paramédicales est correctement pourvu et les perspectives d'évolution sont favorables : 42 puéricultrices et 73 auxiliaires de puériculture sont en formation.

La Meurthe-et-Moselle dispose d'un bon équipement hospitalier notamment en maternités, avec une maternité de catégorie III, deux de catégorie II et 3 de catégorie I. Le taux d'équipement en lits et places en gynéco-obstétrique est de 0,43 contre 0,19 pour la France entière. Le taux d'équipement en lits et places pour enfants handicapés était de 12,08 lits pour 1.000 jeunes de moins de 20 ans à comparer à un chiffre de 8,66 pour la France entière. Le taux d'équipement en structures d'accueil pour l'aide sociale à l'enfance est satisfaisant : 5,07 lits pour 1.000 enfants de moins de 20 ans (contre 4,45 au niveau national).

1.2 Organisation du service de PMI

1.2.1 Economie générale de l'organisation

Les lois de décentralisation¹ ont confié aux collectivités départementales l'obligation d'assurer l'organisation et le financement des services de PMI et de mettre en place les structures. En atténuation aux principes de libre administration des collectivités locales, l'article L.2112-2 du CSP définit les missions du service de PMI.² En Meurthe-et-Moselle, la collectivité départementale a fait le choix de la gestion directe des activités, sauf dans trois domaines :

- la planification familiale (voir partie 2 ci après) pour laquelle les activités correspondantes sont déléguées à sept centres hospitaliers et à un centre de santé mutualiste
- les consultations prénatales qui sont assurées depuis toujours par les maternités (voir partie 4 ci après)

¹ lois du 6 janvier 1986, du 10 juillet 1989 et du 18 décembre 1989.

² mettre en place :

- des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;
- des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de 6 ans, notamment dans les écoles maternelles ;
- des activités de planification familiale et d'éducation familiale ;
- des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;
- un recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique ainsi que le traitement de ces informations en particulier celles relevant des examens de santé obligatoires (certificats) ;
- l'édition et la diffusion des divers documents obligatoires (certificats prénuptial, examens de suivi de grossesse, examens obligatoires des nouveaux nés et des enfants....) ;
- des actions de d'information sur la profession d'assistant maternel et des actions de formation initiale destinées à aider les assistants maternels dans les tâches éducatives, sans préjudice de dispositions du code du travail relatives à la formation professionnelle continue ;

Ce service doit également participer aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités.

- la formation des assistantes maternelles (voir partie 6 ci-après) pour des raisons qui tiennent à l'intérêt de bénéficier de compétences non disponibles dans les effectifs du conseil général et aussi pour bien distinguer les responsabilités dans la gestion, l'animation, la formation et le contrôle des assistantes maternelles.

Mais sur leurs différents champs d'intervention et notamment s'agissant du suivi médico-social des femmes enceintes et des enfants, les services du conseil général n'ont pas le monopole de l'intervention. L'Etat et les organismes de sécurité sociale (notamment via les professionnels libéraux et les établissements de santé) jouent un rôle très important (article L.2111-1 du CSP). Dans ce sens, si la PMI a été placée par les lois de décentralisation au cœur des politiques sociales du département, elle se doit aussi de rester articulée avec les autres composantes du système de santé.

Dans ce contexte, les services ont développé un partenariat très étroit avec les acteurs du système de santé, notamment dans le cadre de la politique de périnatalité. Les relations sont ainsi particulièrement intenses avec les autorités sanitaires (DRASS Lorraine et DDASS Meurthe-et-Moselle mais aussi ARH et URCAM). Dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) a été développé un réseau de périnatalité, le Réseau Périnatal Lorrain (RPL). Ainsi par exemple la PMI de Meurthe-et-Moselle participe activement aux travaux de la commission « prévention » qu'elle anime alternativement avec les trois autres départements lorrains. Une convention a été passée entre la PMI et le RPL pour organiser les relations. Dans le cadre de ce réseau, des conventions sont passées en bilatéral avec les établissements de santé (voir partie 3).

S'agissant de la santé des enfants, il existe une tradition ancienne de pédiatrie sociale développée par l'école nancéenne de santé publique notamment sous l'égide du doyen Parisot. Dans ce cadre des relations fortes se sont nouées avec les professionnels hospitaliers et de ville. Mais il s'agit plus de contacts au jour le jour sur des situations individuelles que de l'organisation d'un partenariat structuré. Cette situation devrait évoluer. Au moment où est intervenue la mission, la préparation du programme régional de santé publique (PRSP) était en cours d'achèvement. Le projet de PRSP comportait un volet significatif sur la santé des enfants élaboré à partir des travaux d'un groupe de travail présidé par le directeur de l'URCAM et qui avait associé des représentants de la PMI.

La mise en place du groupement régional de santé publique (GRSP) était en cours avec une perspective de fonctionnement opérationnel au dernier trimestre 2006 et devrait, à cette échéance, créer les conditions pour renforcer la coopération entre l'ensemble des acteurs des politiques de santé. Les conditions dans lesquelles la PMI de Meurthe-et-Moselle pourrait participer au GRSP n'étaient pas définitivement arrêtées au moment du passage de la mission mais il apparaît souhaitable qu'au minimum, une convention cadre soit passée entre la PMI et le GRSP pour la mise en œuvre des actions du PRSP.

Ces évolutions devraient permettre d'amplifier les partenariats existants et par exemple celui organisé avec les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) de Nancy et de Longwy. La relation avec les services de l'Education nationale a fait l'objet d'une convention passée entre le Conseil général et l'Inspection d'Académie qui définit précisément les conditions d'articulation entre la santé scolaire et la PMI notamment pour le suivi des enfants scolarisés mêmes si la mise en œuvre concrète n'est pas encore totalement satisfaisante (voir partie 4).

Les liens avec les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de Nancy et de Longwy ainsi qu'avec la mutualité sociale agricole (MSA) s'organisent d'abord autour de la mise en œuvre des remboursements de l'assurance maladie. Le champ de ces remboursements est large car il est le produit de l'histoire et de la situation particulière des départements d'Alsace Lorraine jusqu'à la fin de la première guerre mondiale. Dans le cadre du système d'Alsace Moselle, un système de tiers payant avait été mis en place pour couvrir les examens prénataux. Et le champ de remboursement de l'assurance maladie a pris en compte cette situation. L'assurance maladie couvre aussi les consultations infantiles et aussi les bilans en école maternelle mais ni les dépenses des vaccins ni les visites à domicile des puéricultrices.

Dans la dernière période des difficultés sont apparues du fait du rejet par les CPAM du remboursement d'actes au motif de la non-identification des droits à l'assurance maladie pour les personnes bénéficiaires. Il s'agit de cas relativement fréquents de perte de droits dans des situations où du fait de la difficulté des échanges d'information entre caisses, les changements de régime ou de qualité d'ayant droits aboutissent à ce qu'une personne ne puisse plus être identifiée comme assurée. Cette situation conduit à des pertes de ressources financières. Des discussions sont intervenues entre le conseil général et les caisses et portent notamment sur la mise en place de la télé transmission des feuilles de soins et du système SESAM VITALE. L'objectif est d'accroître significativement la part des consultations qui donnent lieu à transmission d'une feuille de soins : ainsi en 2004, 11.947 feuilles de soins ont été envoyées aux caisses et 10.782 ont donné lieu à remboursement sur un total de 14.487 consultations d'enfants et 7.890 de bilans réalisés en école maternelle. Sur la base de l'accord de principe qui a été obtenu, il convient de mettre en place les équipements nécessaires dans les CMS.

S'agissant des modes de garde, un partenariat, actif mais peu institutionnalisé, a été noué avec les communes ou les communautés de commune et la caisse d'allocation familiales (CAF).

1.2.2. L'organisation des services de PMI

1.2.2.1. Les services centraux

Au niveau central, les services du conseil général sont organisés par grands pôles de politiques publiques (développement socio-économique, solidarité et action sociale et aménagement du territoire) et pour les services fonctionnels en distinguant les finances, les ressources humaines et la logistique (voir organigramme en **annexe 3**).

Au sein de la direction de la solidarité et de l'action sociale (DISAS) qui est directement rattachée au directeur général des services, il existe une direction de la protection maternelle et infantile (DPMI). A la différence de l'organisation qui prévaut dans certains départements, la DPMI est distincte de la direction en charge de la protection de l'enfance (DPE) et de celle concernant les questions de santé, de handicap et de dépendance (DSHD).

La DPMI met en œuvre des activités de pilotage et d'animation des services territoriaux de PMI. Elle réalise des prestations d'intérêt commun (notamment le traitement des données statistiques), assure le suivi des instances de partenariat (telles que la commission départementale de l'accueil du jeune enfant (CDAJE) ou le comité communal de prévention de la délinquance³ (CCPD), et gère les recours et litiges pour les modes de garde.

³ Erreur de sigle – il s'agit bien sûr de la commission consultative paritaire départementale ;

La DPPI est une équipe légère avec des effectifs qui se limitent à 11,8 équivalents temps plein (ETP). Outre la directrice et son adjointe (0,5 ETP), elle rassemble :

- La sage femme coordonnatrice départementale ;
- la puéricultrice coordinatrice départementale ;
- Une équipe spécialisée sur l'agrément des ASSMAT comprenant des psychologues, des puéricultrices et une assistante sociale ;
- un responsable des affaires générales.

Conformément aux textes réglementaires, la DPPI est dirigée par un médecin qui a donc la qualification juridique de « responsable de la PMI » au sens du code de santé publique (CSP). La directrice occupe ce poste depuis deux ans, après avoir été médecin de PMI sur le terrain puis responsable territoriale.

1.2.2.2. Les services territoriaux

L'ensemble des services du conseil général est organisé sur une base territoriale avec un objectif de développement de la « décentralisation interne ». Ils sont donc répartis en « territoires » qui rassemblent chacun une « unité départementale d'aménagement » (UDAM) qui prend en charge toutes les missions concernant le cadre de vie et un « territoire d'action médico-sociale » (TAMS). Suite à une réforme récente (2004), le nombre des TAMS a été réduit de neuf à six et leurs limites correspondent désormais assez précisément à celles des structures intercommunales.

Au sein de chaque TAMS, le service social général, l'aide sociale à l'enfance (ASE) et la PMI sont organisés en circonscriptions médico-sociales⁴ (CMS). Par exception, du fait d'une part de la réduction du nombre de territoires de 9 à 6 et d'autre part, compte tenu de la taille du territoire et de l'importance de sa population, le territoire d'action médico-sociale de Nancy est découpé en trois pôles correspondant aux anciens TAMS.

➤ L'organisation des territoires et au sein de ceux ci des TAMS

Dans chaque territoire, la chaîne de responsabilité est organisée de la manière suivante (voir en annexe 4 l'organisation du territoire de Briey). Il existe un coordonnateur qui encadre une équipe de direction du territoire qui comprend à côté des directions fonctionnelles (ressources humaines, logistique, équipement et immobilier), deux directions opérationnelles dont l'une, la direction de la solidarité et de l'action sociale constitue le TAMS ;

Le directeur responsable du TAMS dirige une équipe qui comprend un chargé de mission « service social », deux médecins de PMI (un responsable et son adjoint) et un chargé de mission « protection de l'enfance ». Le médecin de PMI a autorité directe sur les personnels qui, dans les CMS, contribuent aux activités de PMI : médecins, sage femmes, puéricultrices.

➤ Au sein des TAMS, l'organisation des équipes de CMS

Les centres médico-sociaux ne sont pas un échelon hiérarchique mais un cadre géographique et surtout d'organisation de fonction support à travers des locaux partagés et un

⁴ Il s'agit en fait des centres médico-sociaux (CMS).

secrétariat commun. Pour la PMI, dans chaque CMS, il y a, sauf exception, un médecin et une sage femme (qui partage son temps entre deux CMS), et une ou plusieurs puéricultrices.

Au sein des CMS, le ressort géographique d'intervention est différent selon les différentes professions : on compte en moyenne quatre secteurs d'assistante sociale (avec des extrêmes allant de trois à six) pour une puéricultrice. Chaque puéricultrice a en moyenne deux éducateurs de l'ASE comme interlocuteurs privilégiés et les secteurs de sages femmes sont comme on l'a vu plus vastes couvrant plusieurs CMS : chaque sage femme travaillant avec environ quatre puéricultrices.

1.2.3. Le fonctionnement des services de PMI

1.2.3.1. Le pilotage : la définition des orientations et la fixation des objectifs

Les services agissent dans le cadre des orientations définies par le conseil général dans ses documents de cadrage et surtout à l'occasion du débat budgétaire. S'agissant de la PMI, en l'absence d'un schéma directeur, c'est d'abord à travers la discussion budgétaire que sont fixés les choix majeurs. Il n'y a pas eu dans la période récente de débats concernant le positionnement de la PMI mais en revanche des arbitrages délicats sur les effectifs, dans un cadre budgétaire fortement contraint du fait de la montée en régime des dépenses sociales et des besoins de renforcement des services pour les gérer.

Au sein des services, il existe un dialogue de gestion qui permet, une fois par an, une discussion entre la Direction générale des services, la DISAS et la DMPI sur les projets de modernisation. Ainsi dans le cadre du « tour d'horizon 2006 » ont été identifiés une trentaine d'actions de progrès dans les différents domaines d'intervention de la PMI. Par exemple pour la planification familiale, ont été retenus les quatre projets suivants :

- renégociation des conventions avec les centres : 1^{er} semestre 2006
- mise en place d'un groupe de travail sur l'harmonisation des bilans de contraception : avril 2006
- organisation d'une réunion départementale des centres : automne 2006
- évolution du centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) du CHU de MARINGER : 2006 2007

S'agissant des priorités opérationnelles, les responsables de la DISAS et de la DPMI ont indiqué qu'ils attachaient une importance particulière à la mise en place de l'entretien du quatrième mois, au dépistage des troubles sensoriels et des troubles du langage, aux questions de relations entre grossesse et addictions et à celles de l'allaitement maternel. Mais à ce stade, la déclinaison de ces priorités n'est pas formalisée : il n'existe pas de procédures permettant de fixer des objectifs quantifiés de performance aux équipes de terrains.

1.2.3.2. L'animation des services

La DPMI est très active dans l'animation des équipes de PMI qui interviennent dans les territoires notamment à travers les réunions organisées avec les responsables des TAMS mais aussi et surtout à travers un accompagnement technique très soutenu des médecins, des sages femmes et des puéricultrices.

La directrice de la PMI réunit ainsi deux fois par mois l'ensemble des médecins de PMI du département. S'agissant des puéricultrices, pour développer la qualité et l'homogénéité des pratiques entre les différents TAMS, la DPMI a mis au point des protocoles qui couvrent leurs principales activités. Rassemblés dans un classeur, ils sont remis à jour régulièrement. Ils sont aussi utilisés pour garantir une bonne intégration des personnels nouvellement recrutés.

Par ailleurs, la puéricultrice coordinatrice départementale réunit trois par an les puéricultrices référentes des 6 TAMS et deux fois par an les 57 puéricultrices à l'occasion d'une journée de formation continue. Mais surtout elle reçoit au minimum⁵ une fois par an en entretien individuel chaque puéricultrice. A cette occasion, est effectuée une analyse individuelle de l'activité sur la base d'un tableau répartissant le temps de travail par blocs de prestations : consultations, visites à domicile (VAD) prescrites dites « automatiques », VAD décidées à l'initiative (sur la base de critères) etc..

Au total, cet accompagnement technique permet d'élaborer et de suivre la mise en œuvre d'une « doctrine d'emploi » de la PMI, c'est à dire d'un ensemble de références de normes mais aussi de priorités stratégiques ou de conceptions en terme de positionnement par rapport aux autres partenaires.

Les pratiques d'animations sont aussi très développées au sein des TAMS. Dans les deux TAMS visités par la mission, étaient organisés des réunions de territoire associant plusieurs fois par mois les cadres sur différentes configurations. Les relations au sein des équipes de CMS entre les personnels spécialisés sur la PMI et ceux qui interviennent sur l'ASE ou l'action sociale générale sont apparues étroites notamment pour la gestion conjointe des questions de maltraitance (voir plus loin partie 4)

1.3 Ressources affectées à la PMI

1.3.1 Les ressources budgétaires

Le budget du département qui est présenté à travers 5 grandes missions,⁶ 30 politiques et 100 programmes d'action, atteint un total de 602 millions d'euros pour 2006. Les activités correspondant aux missions de la PMI ne sont pas identifiées en tant que telles dans cette nomenclature : elles sont intégrées dans la « Politique de la jeunesse et de la famille », elle-même inscrite dans la mission « Services aux habitants » et non dans la mission « Solidarité ».

Mais tous les crédits correspondants aux moyens affectés aux missions de PMI ne sont pas inscrits dans la mission « Services aux habitants ». En effet les crédits de rémunérations des personnels employés par le département et qui participent à la mise en œuvre de la politique de PMI sont inscrits dans la mission « Administration générale ». Pour les élus comme pour les responsables administratifs, il n'y a donc pas de possibilité d'appréhender directement l'intégralité de la dépense de PMI dans les documents budgétaires.

⁵ Cet entretien peut intervenir plusieurs fois dans une même année si la personne le demande

⁶ Développement économique et aménagements structurants ;
 - Solidarité (insertion et lutte contre les exclusions, logement personnes âgées, personnes handicapées, aide sociale à l'enfance, moyens communs du travail social, développement et solidarité) ;
 - Développement territorial et soutien aux territoires ;
 - Services aux habitants (collèges, vie étudiante, culture, sports, jeunesse et familles, citoyenneté et lien social transports, sécurité incendie) ;
 - Administration générale (ressources humaines, finances et affaires juridiques, études et suivi, communication) ;

S'agissant des documents comptables, la situation est différente : les dépenses directes c'est-à-dire les dépenses en fonctionnement ou en personnel qui peuvent être affectées à la PMI sont regroupées sur une ligne de la nomenclature de la M 52. Pour 2004, elles s'élevaient à 2.508.966 euros. Ce montant était la somme :

- *des dépenses de personnel* du département (administration de la PMI et unités opérationnelles en régie directe) et des centres délégués donc à l'exclusion des dépenses de personnels du département employés sur des missions de PMI dans les services territoriaux (par exemple les puéricultrices).
- *des dépenses de fonctionnement* dans les centres en régie directe ou en gestion déléguée.

Par ailleurs il a paru intéressant de distinguer :

Les dépenses directes recouvrent les dépenses de fonctionnement dans les centres de consultation (produits pharmaceutiques, frais d'analyse, vaccinations, petit matériel), ainsi que les frais d'intervention de technicien en intervention sociale et familiale (TISF), les frais de formation des assistantes maternelles et les aides aux modes de garde, et la participation au budget des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP).

Les dépenses indirectes correspondent aux frais de personnel de la mission PMI (rémunération, déplacement, divers...)

Pour apprécier l'effort ainsi consenti par le département, il faut tenir compte des recettes apportées chaque année sous forme de remboursements par l'assurance maladie dans les conditions évoquées plus haut. En 2004 elles se sont élevées à 270.000 € environ.

Comme le montre le tableau ci dessous, l'évolution du budget au fil du temps a été caractérisée par le renforcement des dépenses de PMI. La diminution apparente entre 2003 et 2004 traduit un changement de périmètre dans la nomenclature : la mise en place de la comptabilité M 52 a conduit à ne plus rattacher les dépenses de personnel des puéricultrices à la PMI, ce qui explique la chute des dépenses indirectes entre 2003 et 2004

La diminution de la part de la PMI dans le total des dépenses sociales et dans le budget total du département s'explique par la montée en régime des dépenses d'insertion et de politiques des personnes âgées du fait des transferts de compétences.

Tableau 3. Dépenses de PMI (données du compte administratif)

	1990	2002	2003	2004
Budget PMI				
- dépenses directes	676.527	589.465	648.406	759.810
- dépenses indirectes	1.358.917	4 359 630	4.359.630	1.749.156
- total	2.035.444	4 949 095	5.008.036	2.508.966
Part dans le budget de l'action sociale				
- dépenses directes	0,64	0,37	0,36	0,31
- - dépenses totales	1,60	2,69	2,40	0,94
Part dans le budget total du département	0,84	1,72	1,58	0,64

Source : service de PMI de Meurthe-et-Moselle – données en euros -

Le budget est préparé sur la base du cadrage fixé par les autorités politiques en plusieurs étapes. Il n'y a pas de discussion globale sur les moyens affectés à la PMI. Ceux-ci découlent en fait de deux séries d'arbitrages préparés en parallèle : les uns sur les crédits de personnels et les autres pour les dépenses de fonctionnement. Pour celles-ci, les décisions ont été très contraintes du fait du poids du financement des dépenses des CAMPS et des CEPF ainsi que de la place importante donnée aux aides financières concernant les modes de garde, sans parler des autres dépenses sociales dont l'évolution a été très rapide ces dernières années. L'enjeu que représente les dépenses de PMI n'est pas aussi limité qu'on pourrait le croire du fait de la faiblesse des marges de manœuvre du département sur les recettes : un point d'impôt représente un million d'euros.

1.3.2 L'adéquation entre les missions et les moyens

Comme dans les autres départements visités par la mission, l'appréciation de l'adéquation des ressources aux missions de PMI est rendue difficile, en l'absence d'une comptabilité analytique, par le caractère lacunaire des informations sur les activités et les coûts. Par exception, il faut signaler que les services de Meurthe-et-Moselle disposent d'une information très complète s'agissant de l'activité des puéricultrices. Dans la perspective des rencontres déjà évoqués avec la puéricultrice coordonnatrice départementale, des tableaux sont établis annuellement pour chaque puéricultrice et permettent de suivre l'activité sur la base d'une nomenclature simple qui distingue :

- les interventions à visée préventive (première intervention en VAD avec leurs différents motifs, VAD en accompagnement etc..) ;
- les interventions auprès des enfants à risques en consultations ou en groupe collectif ;
- les interventions sur les enfants de l'ASE ;
- les actions de participation aux procédures de signalement.

Les normes réglementaires concernant l'activité et les moyens de services de PMI sont respectées. Ainsi par exemple, s'agissant des personnels, le décret n° 92-785 du 6 août 1992 relatif à la PMI fixe deux obligations (R. 2112-7 du CSP) :

- 1 sage-femme en équivalent temps plein pour 1500 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département. Avec 15,5 ETP de sages-femmes pour 8.398 enfants nés vivants en 2003, le conseil général répond largement aux obligations qui correspondent à un effectif minimum de 5,5 ETP

- 1 puéricultrice en équivalent temps plein pour 250 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département (ou infirmière avec expérience appropriée) Avec 49,3 ETP de puéricultrices et 8.398 naissances en 2003, le conseil général répond aux obligations qui établissent les effectifs réglementaires à 33,5 ETP

Mais ces normes sont établies au niveau départemental et donc ne permettent pas d'appréhender l'adéquation entre les missions et les moyens au niveau local. Or les TAMS ne sont homogènes ni en taille ni en caractéristiques géographiques, socio-économiques et démographiques. La charge de travail liée aux activités de PMI est donc très variable d'un territoire à l'autre et d'abord en fonction de la situation sociale des habitants mais aussi des particularités de l'offre en matière de modes de garde. Une étude de « rééquilibrage de la charge de travail » a été engagée pour objectiver les écarts en terme l'adéquation entre les missions et les moyens entre les différents TAMS. Elle a conduit à évaluer la répartition des ressources entre les différents domaines d'activité du TAMS et à les rapporter à des critères caractérisant la situation socio-démographique dans le ressort du TAMS : nombre de naissances, nombre d'assistantes maternelles, nombres d'écoles, situations d'enfants à risques mais aussi distance géographique parcourue par les professionnels. Sur cette base il est apparu nécessaire d'opérer un rééquilibrage des moyens entre les TAMS. Mais dans un contexte de forte contrainte budgétaire qui conduit à ne pas augmenter globalement les moyens, les redéploiements correspondants n'ont pas pu être engagés jusqu'à présent.

1.3.3 La politique de gestion des ressources humaines

1.3.3.1. Les effectifs et leur évolution

Le tableau ci dessous fait apparaître que les effectifs qui avaient progressé nettement entre 1990 et 2002 se sont stabilisés depuis cette date sauf pour les médecins.

Tableau 4. Personnel de PMI (en ETP annuel)

PERSONNELS	1990	2002	2003	2004- 2005
MEDECINS	13	19,75	19, 23	23,33
SAGES FEMMES	14,8	15,8	15,8	15,5
PUERICULTRICES	40,8	49,6	49,3	50,5
INFIRMIERS	NR	9,9	7	8
PSYCHOLOGUES	0	2,5	2,5	2,5
CONSEILLERS CONJUGAUX	0	0	0	0
SECRETAIRES	23	28	28	28
AUTRES PERSONNELS :	1 AS	1EJE	1 EJE	1 EJE
		1 AS	1AS	1AS
TOTAL	93, 6	126, 55	122, 8 3	128, 83

Source : conseil général de Meurthe-et-Moselle

1.3.3.2. Les enjeux en matière des ressources humaines

La gestion des ressources humaines est effectuée par la direction des ressources humaines qui associe la DPMI aux opérations de recrutement. Au moment du passage de la mission, il n'y avait pas de vacances nombreuses et prolongées mais la DRH et la DPMI faisaient face à de difficultés croissantes pour pourvoir certains postes de médecins (alors

même que la situation de la Meurthe-et-Moselle en terme de démographie médicale est loin d'être défavorable). Selon les responsables de la DPMI, les difficultés statutaires qui empêchent d'offrir des contrats à moins de 50% de temps et l'insuffisance de rémunérations des vacataires, expliquent une large part de ces difficultés. Cette évolution est source d'inquiétude dans la perspective des importants départs en retraite prévus dans les prochaines années dans toutes les catégories de personnel. Du point de vue des responsables, elle devrait conduire à mettre en œuvre une politique visant à développer l'attractivité des emplois offerts par la PMI de Meurthe-et-Moselle.

1.3.4 Système d'information

Pour la gestion des activités opérationnelles, les services mettent en place des dossiers qui sont conservés dans les services territoriaux. En fait il existe autant de types de dossiers que de procédures : il y a ainsi un dossier de l'enfant vu en consultation de la petite enfance, un autre pour les puéricultrices, un pour le suivi de la femme enceinte établi par la sage femme, un pour chaque enfant vu en école maternelle et qui est transmis à l'éducation nationale au moment du passage à l'école primaire, ainsi qu'un « dossier coordination de l'enfance » pour les enfants en risque médical et social qui sont suivis conjointement par les équipes PMI et ASE.

La DPMI a engagé depuis 2004 une démarche visant à mettre en place un dossier unique de l'utilisateur en PMI. Dans le cadre d'une formation action qui rassemble des personnels des différentes catégories, un cahier des charges est en cours d'élaboration qui devrait permettre la mise en place de ce dossier unique en 2007. A ce stade il n'a pas été prévue l'informatisation de ce système d'information sauf pour la partie du dossier qui concerne le bilan en école maternelle.

1.4 Appréciation de la mission sur l'organisation et les ressources

Comme dans les autres départements dans lesquels la mission s'est déplacée, l'organisation des services de PMI a été profondément modifiée par le mouvement de territorialisation.

Aux deux niveaux majeurs de responsabilité que constituent le siège et les circonscriptions territoriales, les TAMS, les équipes qui assurent les missions de PMI sont intégrées dans des structures qui rassemblent l'ensemble des services qui interviennent sur le plan social.

De plus, alors qu'au siège l'identité de la PMI est affirmée à travers l'existence d'un service dédié et dont la dénomination fait apparaître les termes PMI, il n'en va pas de même dans les territoires où les équipes de PMI sont de fait intégrées avec les autres services sociaux et médico-sociaux dans des unités, les TAMS et CMS, dont l'appellation ne rend pas directement lisible leur participation à la mission de PMI. Dans ce cadre, le médecin départemental, directrice de la DPMI n'a pas formellement de pouvoir hiérarchique direct sur les personnels de PMI. Mais elle exerce bien une autorité indirecte via la relation entre le DISAS et les responsables des TAMS.

Toutefois, ce type d'organisation ne paraît pas donner une autorité hiérarchique effective au médecin départemental et donc ne paraît pas conforme aux textes législatifs et

réglementaires, tels qu'ils ont été interprétés par la jurisprudence.⁷ Cependant les difficultés qui pourraient résulter de cette situation ont été atténuées par l'organisation de circuits de signature qui font que certains dossiers sont transmis par les équipes des CMS directement à la signature du directeur de la DMPI.

Mais la mission s'est efforcée d'apprécier la qualité de cette organisation sans se limiter à sa conformité à des textes réglementaires. Ceux-ci sont susceptibles d'évoluer dans le cadre de la réflexion d'ensemble présentée dans le rapport de synthèse.

D'un point global, l'organisation actuelle des services permet un maillage très fin du territoire. Elle facilite la mise en cohérence de l'ensemble des interventions du département sur un territoire donné mais probablement au prix d'une perte de spécificité de la PMI dans l'organisation des services et de lisibilité pour le public des actions correspondantes. Elle crée une certaine distance entre les équipes du siège et celles qui interviennent sur le terrain.

Il est vrai, en sens inverse, que ce mode d'organisation offre l'avantage de dégager les services du siège de tâches opérationnelles pour leur permettre de se consacrer au pilotage et à l'animation. Il est à craindre toutefois que la situation de forte autonomie des équipes locales, accompagnée d'une certaine opacité sur leurs activités, ne facilite pas, dans la longue durée, la recherche de performance.

Pour le moment, les qualités individuelles des agents à tous les niveaux et une animation très active des services par les responsables de la DPMI ont permis de compenser, notamment par un accompagnement technique très intense, les faiblesses dans l'organisation de la chaîne de responsabilité et de prévenir les risques évoqués plus haut.

Au total, la mission considère que l'organisation actuelle est satisfaisante mais que des progrès dans l'efficacité pourraient être obtenus par un renforcement du pilotage notamment à travers l'élaboration d'un cadre stratégique de type schéma directeur, la fixation d'objectifs annuels pour toutes les équipes en terme d'impact sur les bénéficiaires, de qualité du service rendu et d'efficience et aussi le développement d'outils de système d'information sur les activités et les résultats.

S'agissant des ressources, la mission a constaté que globalement les niveaux de ressources se situent très au-delà des normes réglementaires. Comme pour l'ensemble des départements les faiblesses des outils de suivi de l'activité et de comptabilité analytique rendent délicates le pilotage budgétaire et l'optimisation de l'adéquation entre les missions et les moyens. La mission a bien pris note des éléments qui conduisent à penser que, toutes choses égales par ailleurs, les services de PMI pourraient connaître des tensions croissantes sur leur recrutement dans un contexte tendu en matière de démographies médicale et paramédicale. La mission apprécie très positivement les démarches engagées pour améliorer les outils de gestion, organiser le suivi de l'activité des puéricultrices et construire un système d'information solide sur les bénéficiaires de la PMI.

⁷ Voir notamment CAA Nantes 4 décembre 2003 Département du Finistère Reg N00 NTO1294 et CAA Bordeaux 9 juillet 2001 Département de la Haute Garonne reg n° 97 BXO2202

Partie 2 : Activités de planification et d'éducation familiale

2.1 Des activités menées à un niveau significatif dans le domaine de la planification et de l'éducation familiale

Sur la base des données auxquelles la mission a pu accéder, la situation en terme de recours à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) paraît en Meurthe-et-Moselle peu différente de celle du reste du pays. Le nombre d'IVG est en stagnation. La population de mineures y ayant recours est légèrement plus élevée que la moyenne nationale. En partie cette situation peut s'expliquer par la part plus importante d'étudiants dans la population totale.

Dans ce contexte, l'action du département vise à atteindre les objectifs suivants :

- Promouvoir l'éducation à la santé et à la sexualité, notamment avec l'objectif de prévenir les comportements violents sexistes et /ou homophobes ;
- Favoriser la maîtrise de la fécondité par une contraception efficace et limiter les grossesses non désirées ;
- Prévenir les infections sexuellement transmissibles (IST) avec une attention particulière portée au SIDA ;
- Accompagner le recours à l'IVG ;
- Concentrer l'activité au bénéfice des mineurs et des majeurs ayant des difficultés dans l'accès aux soins.

Le tableau ci dessous fait apparaître l'évolution des activités correspondantes.

	1990	2002	2003	2004
Nombre de séances demi journées de consultation médicales	3396	1515	1825	1709
Nombre de consultations médicales	12 961	9335	9437	6367
-dont pour contraception	7787	5422	5032	3788
-dont pour IVG	1013	540	679	471
Nombre de consultants	11382	6853	6987	4463
% de consultations pour mineurs	15%	25%	23%	49%
Nombre d'entretiens avec la conseillère conjugale et la sage-femme	8287	8419	9824	6161
-dont pour contraception	1975	2573	2872	1852
-dont pour IVG (avant et après)	2999	1444	1389	980
Nombre de séances collectives en milieu scolaire	281	786	582	548

2.2 Des évolutions en cours pour améliorer le pilotage et l'animation des centres

Comme cela été indiqué dans la première partie, la planification familiale fait partie des activités qui ne sont pas exercées en régie directe mais déléguées. Les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) sont au nombre de huit dont sept adossés à une maternité et un au sein d'un centre de santé de la MGEN⁸. La DPMI a passé convention avec chacun de ces huit centres.

Cette organisation a fait apparaître un ensemble d'avantages mais aussi d'inconvénients. Pour limiter ces derniers, la PMI a entrepris de modifier le contenu des conventions et de renforcer leur suivi.

Le premier avantage du système de délégation est de permettre aux services de la DPMI de bénéficier d'un apport de compétences spécialisées notamment à travers l'intervention des personnels des hôpitaux ou du centre de santé de la MGEN. En terme d'accessibilité du service, la présence au sein des hôpitaux permet d'offrir des plages d'ouverture plus vastes et de garantir la continuité de la prise en charge si nécessaire mais aussi une réponse médicale en urgence.

La répartition des centres est géographiquement équilibrée même s'il peut exister des difficultés d'accès pour des jeunes de collèges ruraux. Par ailleurs l'implantation du centre de santé de la MGEN à proximité des sites universitaires est un facteur positif pour le contact avec les étudiants.

Mais a contrario, cette organisation ne facilite pas l'identification de l'offre de service spécifique de la PMI en matière de planification familiale par rapport à d'autres activités hospitalières comme la préparation à la naissance, les consultations d'orthogénie, les suivis de grossesses de personnes sans couverture sociale, le dépistage des IST hors contexte de contraception..

Pour limiter ces inconvénients et éviter une certaine forme d'effets d'éviction des activités de planification par le suivi gynécologique classique, la DMPI met en oeuvre une politique d'animation des centres à travers l'organisation chaque année de réunions territoriales et surtout d'une journée technique d'échanges entre la DPMI et les centres. La journée 2005 a été consacrée à des réflexions sur la survenue de grossesses non prévues à partir du travail de l'INSERM sur cette question et sur le lien entre culture et contraception et aussi à un échange sur les pratiques d'information au collège. Par ailleurs un groupe de travail sur départemental sur le bilan de la contraception a été mise en place.

Mais surtout cette organisation n'a pas facilité le développement de méthode moderne de pilotage, et d'évaluation. C'est pourquoi la DMPI s'est engagée dans une politique de renégociation des conventions. Au moment du passage de la missions en avril 2006 de nouvelles conventions étaient en voie de finalisation avec trois centres et les discussions avaient commencé pour les cinq autres. Cette démarche traduit la volonté des responsables de la DPMI de clarifier la politique du département.

⁸ mutuelle générale de l'Education nationale.

2.3 **Appréciation de la mission**

La mission a particulièrement apprécié l'évolution de la politique départementale. Le renforcement des liens avec les centres va permettre de rénover le dispositif de conventions. Il serait souhaitable d'étudier ce qui pourrait faciliter l'accès aux consultations à partir de l'évolution des implantations des centres et notamment la possibilité de les implanter dans des lieux très fréquentés par les adolescents et où ils peuvent consulter en préservant leur anonymat (centres commerciaux par exemple). Plus généralement, pour progresser encore dans la relation avec les centres et faciliter la mise en œuvre des grandes orientations de la politique départementale, il serait souhaitable de définir en concertation avec chaque centre des objectifs annuels, d'y associer des indicateurs permettant leur suivi et de nourrir le dialogue entre la DPMI et les centres.

Partie 3 : Les activités en périnatal

3.1 Les indicateurs de périnatalité

	1990	2002	2003	2004
Mortalité périnatale (taux pour 1000)	6,7	10,6	10,16	ND
Mortalité infantile (taux pour 1000)	7,5	3,9	5,72	ND
Nombre de naissances survenues avant 37 semaines d'aménorrhée (taux pour 100 naissances)	5,48	5,32	5,86	5,66
Age de la mère - moins de 18 ans - plus de 38 ans (taux pour 1000 naissances)	<18ans→4,9 > 37 ans→ ND	<18 ans→ 7,08 >37 ans → 59	<18 ans→ 6,9 >37 ans→ 56,5	<18 ans→ 8,8 >37 ans→ 58
Taux de césarienne	14,9	18,16%	18,7%	19,25%
Poids à la naissance inférieur à 2500g (taux pour 1000 naissances)	64,5	67,5	75,1	67,2
Allaitement maternel à J8	60,49%	67,5%	69,7%	71,77%

Source : service de PMI de Meurthe-et-Moselle - indicateurs notamment issus des certificats de santé du 8^{ème} jour et du 24^{ème} mois

Le nombre de naissances chez les femmes de plus de 37 ans, qui représente un facteur de risque est élevé, tout comme le taux de grossesse chez les mineures. Le taux de césarienne a fortement augmenté, puisqu'il atteint presque une naissance sur 5. Toutes ces données sont relativement voisines du taux national. Le pourcentage de femmes allaitant est important, mais il s'agit des données extraites des certificats de santé (CS) du 8^{ème} jour et susceptibles d'évoluer rapidement après le retour des femmes à domicile.

3.2 Les activités

3.2.1 L'absence de mise en place de consultations médicales prénatales.

Si le conseil général ne remplit pas ses obligations réglementaires en ce concerne les consultations prénatales, c'est qu'il a toujours pris comme position de ne pas entrer en concurrence avec le secteur libéral (aussi bien généralistes que gynécologues obstétriciens) et qu'il a estimé jusqu'à maintenant que la couverture des besoins médicaux de suivi de grossesse était assurée par le secteur libéral et les établissements hospitaliers (cf. infra).

Il existe une tradition historique du suivi de grossesse en Meurthe-et-Moselle, qui en 1930 était réalisé par l'office d'hygiène publique⁹, avec à l'époque la mise en place d'un carnet de maternité et l'organisation de trois consultations. Les infirmières visiteuses allaient à domicile suivre les femmes enceintes puis ce furent les assistantes sociales qui se déplacèrent pour remettre le carnet de suivi de grossesse. Le tiers payant prénatal a été institué à cette époque dans le département et poursuivi ensuite pour les examens obligatoires (c'est à

⁹ En fait, il s'agit de l'office d'hygiène sociale (OHS) – voir réponse du Conseil général dans le cadre de la procédure contradictoire simplifiée.

dire les 7 examens de suivi prénatal¹⁰ et les 20 examens de suivi post-natal de l'enfant de 0 à 6 ans).¹¹

En 1976 les premières sages femmes ont pris le relais. En 1997, 70 % des femmes enceintes avaient un entretien d'une demi-heure avec une sage femme qui leur remettait leur carnet de maternité. Jusqu'en 1998, le carnet de maternité était remis par la caisse d'allocations familiales (en lien avec le versement des allocations correspondantes).

Depuis 1998, avec la suppression du caractère obligatoire du carnet de maternité et la déconnexion du versement des allocations familiales du suivi de grossesse, le tiers payant prénatal a été abandonné et les visites obligatoires ne sont plus systématiquement réalisées.

En ce qui concerne, cette non organisation des consultations prénatales, la mission estime que l'évolution de la démographie des professionnels de santé médicaux, aussi bien actuelle que pour les années à venir va nécessiter de revoir rapidement la situation, à l'éclairage des données départementales et régionales.

Actuellement, au sein du service de PMI, l'activité de suivi de grossesse est donc pris en charge par les sages femmes et cela à travers les visites à domiciles (VAD), l'entretien du 4^{ème} mois, les permanences en centre médico-social (lorsque les femmes ne souhaitent pas que la sage femme se déplace à leur domicile) et les activités de planification familiale dans les consultations post-natales. Les séances collectives de prévention sont plutôt rares, les professionnels ayant expliqué à la mission que peu de femmes se déplaçaient pour y participer.

3.2.2 Les visites à domicile : une priorité pour les sages-femmes

Ces visites à domiciles se font à deux titres principaux ; il s'agit soit d'un suivi médical à domicile [si besoin, avec un examen clinique en fonction des éléments de suivi du carnet de maternité et en lien avec les équipes hospitalière en cas d'hypertension artérielle (HTA) ou s'il existe des risques de menace d'accouchement prématuré (MAP)], soit d'interventions organisées au titre de la prévention primaire psychosociale (femmes isolées : c'est le cas par exemple des femmes de militaires sans familles proches).

➤ Organisation de l'activité des sages-femmes sur les territoires

Avec un effectif de 15,5 ETP de sages-femmes pour l'ensemble du département, la Meurthe-et-Moselle a toujours été largement au dessus des normes réglementaires (plus du double).

	1990	2002	2003	2004
Nombre de demi-journées hebdomadaires de consultations prénatales pour 100 000 habitants	Aucune consultation prénatale n'est organisée.			
Nombre de sages femmes pour 1500 enfants	2,28	2,77	2,82	2,68

Source : service de PMI 54 – extrait du questionnaire IGAS

¹⁰ décret n°92-785 du 6 août 1992 relatif à la protection maternelle et infantile - les examens médicaux obligatoires sont au nombre de sept (7) pour une grossesse évoluant jusqu'à son terme.

¹¹ Décret n°73-267 du 2 mars 1973 relatif à la délivrance obligatoire de certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs :

- ❑ 9 examens obligatoires au cours de la 1^{ère} année (dont un dans les 8 jours (J8) suivant la naissance, et un au cours du 9^{ème} ou 10^{ème} mois (M9))
- ❑ 3 examens obligatoires du 13^{ème} au 25^{ème} mois, dont un au cours du 24^{ème} ou 25^{ème} mois (M24)
- ❑ et 2 examens obligatoires par an pour les quatre années suivantes.

Selon les territoires, une à trois sages-femmes sont présentes et chaque sage-femme est en activité sur plusieurs centres médico-sociaux (CMS) du territoire.

L'activité est organisée à partir des déclarations de grossesse qui arrivent au siège, adressées par la CAF. Elles sont ensuite envoyées sur les territoires en fonction du domicile des femmes enceintes. Les sages-femmes des territoires les analysent et organisent leur activité en adressant un courrier de mise à disposition pour proposer un entretien au centre médico-social ou, selon des indicateurs (médicaux, sociaux ou d'environnement dits « critères signalants ») une visite à domicile peut être proposée à la femme enceinte. Sur ces mêmes critères, un lien peut également être établi avec l'assistante sociale et une information peut être donnée à la puéricultrice à titre préventif. Les échanges d'informations entre les professionnels sont effectués par l'intermédiaire de fiches de liaison et de réunions pluridisciplinaires.

➤ Données d'activité des sages-femmes

	1990	2002	2003	2004
Nombre d'intervention effectuées	9478	8295	9140	8928
➤ dont % de visites à domicile effectuées	63,5%	68,5%	67,1%	71%
Nombre de femmes vues en visites à domicile	3981	3518	3435	3257
Nombre d'enfants nés vivants de parents résidant dans le département	9754*	8548	8398	8671
% de femmes qui n'ont pas eu 7 consultations prénatales	6,07%	6,9%	7,7%	6,3%

Source : Service de PMI du conseil Général de Meurthe-et-Moselle

*estimation

En moyenne, deux tiers de l'activité des sages-femmes est réalisée sous forme de VAD, dont l'intérêt est qu'elles soient mises en place le plus précocement possible à partir de la déclaration de grossesse ; l'objectif de la PMI étant d'intervenir, si possible à partir du 2^{ème} mois de grossesse. Mais, ces déclarations de grossesse étant à faire à la CAF avant la 14^{ème} semaine de grossesse, elles arrivent souvent à la PMI vers 4 mois. Le premier entretien proposé correspond alors, en majorité à l'entretien du 4^{ème} mois.

Dans le cadre du partenariat avec les maternités, une sage-femme passe une fois par semaine pour préparer la sortie et informer les femmes de la possibilité d'un suivi par la PMI. Par redéploiement, le service de PMI a récemment affecté une des sages-femmes pour assurer un travail de liaison sur Nancy et son agglomération auprès des deux grands établissements (maternité régionale et clinique Majorelle) qui réalisent les trois quarts des accouchements du département. Un protocole de collaboration va être mis en place, notamment pour assurer la continuité lors des sorties précoces, sachant que les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) incitent à ne pas développer ce type de sortie lorsqu'il existe un risque médical ou psychosocial pour la mère et le nouveau-né.

3.2.3 L'entretien du 4^{ème} mois de grossesse : une mise en place ancienne en Meurthe-et-Moselle

Cet entretien existe depuis l'arrivée de la première sage femme de PMI en Meurthe-et-Moselle en 1976, mais actuellement (cf. supra) cette rencontre prénatale précoce qui touchait en 1997 près de 70 % des femmes, n'est effectuée par les sages-femmes de PMI que pour environ 43% des femmes en début de grossesse.

Le plan périnatal 2005-2007 qui institue l'entretien du 4^{ème} mois, pour les sages femmes libérales (par intégration dans l'avenant n°4 de la convention des sages-femmes) et pour les sages femmes hospitalières [avec création de postes par l'agence régionale d'hospitalisation(ARH)] ne prévoit pas explicitement cette prestation pour les services de PMI, alors que ceux-ci sont pourtant considérés comme un des acteurs de prévention majeur dans le suivi des femmes enceintes.

Cette imprécision du plan, qui risque de démobiliser les professionnels de la PMI, mérite d'être rapidement corrigée par un ajustement législatif des missions de la PMI.

Et cela d'autant plus que c'est le département de Meurthe-et-Moselle qui le premier, par une étude de faisabilité financée conjointement par l'ARH, l'URCAM (via le FAQSV¹²) et le Conseil général, a expérimenté et évalué ce dispositif rénové appelé alors « entretien périnatal précoce individuel » (EPI).

Un protocole a été établi pour l'entretien individuel ou en couple à l'initiative de la sage femme coordinatrice, avec un questionnaire et un support imagé.

En attendant, une procédure initiée par le service de la PMI a pu être validée au sein du réseau périnatal lorrain (cf. infra) grâce à la bonne volonté des dirigeants des caisses, ce qui permet un remboursement des actes effectués par le service de PMI de Meurthe-et-Moselle. Il est cependant dommageable que faute de directives nationales, chaque Conseil général soit contraint de négocier localement.

La mission a par ailleurs constaté que la maternité régionale de Nancy a sollicité auprès des tutelles, dans le cadre du plan de périnatalité, sur la base de 3.300 accouchements annuels, avec une heure de travail effectif par entretien et en considérant qu'environ 1500 femmes souhaiteraient bénéficier de cet entretien, la création d'un poste de sage-femme (avec financement de la part non couverte par la T2A¹³ soit 75% du coût global – 37.500 €). La cotation à la classification des actes médicaux est également prévue pour le secteur libéral,¹⁴ alors qu'aucune affectation budgétaire particulière n'est envisagée pour les services de PMI. .

Enfin, la non inscription de cet item sur les nouveaux certificats de santé ne permettra pas d'évaluer ce dispositif au niveau national ; chaque structure réalisera ses propres statistiques. La mission estime que la mise en place d'un recueil de données centralisé est pourtant nécessaire, pour juger de l'impact de cette nouvelle mesure.

3.2.4 Les visites post-natales des sages femmes : une information sur la contraception

Cette demande peut émaner des parents eux-mêmes pour un conseil (ex : pour l'allaitement) ou des maternités lors de sorties précoces. Parfois, il peut s'agir d'un suivi conjoint avec une puéricultrice (cf. infra).

Lors de ces visites, une information, un conseil ou une prescription de contraceptif peuvent être délivrés par les sages femmes.

¹² Fonds d'aide à la qualité des soins de ville.

¹³ Tarification à l'activité.

¹⁴ Arrêté du 11 octobre 2004 – 1^{ère} séance individuelle cotée C2,5.

3.2.5 *Des séances collectives peu développées*

Le conseil général organise peu de séances d'actions collectives ; les femmes enceintes ne se déplaçant que rarement aux centres médico-sociaux pour ce type de prestation. Depuis 1999, des temps d'information, de rencontre et d'échanges sont organisés par les professionnels de PMI (sages-femmes et puéricultrices) sur la promotion de l'allaitement.

Le Conseil Général dans le cadre du réseau périnatal lorrain a participé, dans le cadre du groupe de travail « allaitement maternel » de la commission prévention à un guide d'information très détaillé et très pratique intitulé : « *L'allaitement maternel pour vous futurs parents* ». Ce document est remis aux femmes qui souhaitent allaiter ou s'informer. Une puéricultrice (consultante en lactation) assure une permanence hebdomadaire et un accueil téléphonique dans un centre de santé et s'entretient à la demande de la sage femme de suite de couches à la maternité régionale de Nancy.

3.2.6 *Une interrogation sur l'élargissement du droit de prescription*

Pour les médecins de PMI interrogés sur ce point par la mission, la réponse est claire et directe :

- Prescrire doit rester une exception (et actuellement le code de déontologie le permet) ;
- En ouvrant cette prescription, il y a un vrai risque de perdre la spécificité du dispositif de prévention qu'est la PMI ;
- Il n'y a pas de permanence des soins le soir et le week-end, donc pas de possibilité d'assurer de façon rigoureuse le suivi des prescriptions ;
- Cette décision, si elle était prise, ne pourrait s'envisager sans une remise à niveau des médecins de prévention par un dispositif de formation continue.

La PMI doit rester un service de pédiatrie sociale ouverte à tous pour que les familles en fragilité (psychologique, sociale, financière...) continuent à la fréquenter sans avoir peur d'être stigmatisées. Si le curatif entre dans les consultations de PMI, il risque de ne laisser qu'une portion congrue à la prévention, surtout dans le contexte actuel de pénurie de la démographie médicale.

L'ouverture de la prescription d'une contraception abortive par les sages-femmes est une question plus spécifique évoquée plus loin (cf. infra).

3.3 **Les partenariats de la PMI**

3.3.1 *Le réseau périnatal lorrain : une évolution lente vers un réseau de santé*

Créé il y a 5 ans de l'obligation réglementaire des décrets de périnatalité du 9 octobre 1998 et de la volonté des acteurs de la périnatalité de Lorraine, ce réseau a démarré comme un réseau de soins inter-établissements de santé pour régler les problèmes de transferts néonataux, puis in utero¹⁵.

Sous l'impulsion des acteurs de la prévention en périnatalité, dont les professionnels de la PMI, ce réseau a commencé à évoluer vers un fonctionnement en réseau de santé tel que

¹⁵ Du fait de l'absence de cellule de régulation, une commission s'était mise en place pour analyser à partir des fiches de transferts, les motifs des refus des nouveau-nés. Puis un protocole de transfert a été institué.

défini par le décret du 17 mai 2002 pour «organiser autour du patient une prise en charge sanitaire et médico-sociale globale et associant la ville et l'hôpital ».

Les objectifs et les missions du réseau sont définis comme suit :

- Coordonner autour de chaque famille tous les acteurs de la périnatalité ;
- Préserver le lien mère-enfant en prenant en compte la dimension psychosociale de la grossesse ;
- Maintenir et accroître les compétences des professionnels de la périnatalité par des formations thématiques ;
- Etablir et diffuser en région lorraine des référentiels de bonne pratique ;
- Coordonner les niveaux de soin d'obstétrique et de néonatalogie ;
- Accompagner les professionnels pour la mise en œuvre des priorités nationales et régionales de santé ;
- Expérimenter puis diffuser des innovations organisationnelles ;
- Mettre en place et exploiter des outils de communication sécurisés entre les membres du réseau ;
- Evaluer les actions entreprises.

Les quatre services de PMI de la région lorraine y sont représentés par chacun un médecin désigné par le Conseil Général qui est membre du conseil de coordination .

Sept commissions¹⁶ ont été constituées dont deux qui concernent plus directement l'activité de PMI : « la commission sortie de maternité réseau ville - hôpital » et la « commission de prévention ». Les professionnels de la PMI (médecins, sages-femmes et puéricultrices) participent aux trois groupes de travail de cette dernière commission : « Périnatalité et addictions », « Entretien prénatal précoce » et « Allaitement ».

Une convention a été signée, en date du 1^{er} mars 2005 entre le réseau périnatal lorrain et la collectivité départementale pour permettre une participation financière du conseil général aux actions dans le domaine de la prévention .

La démarche hospitalière initiée a du mal à s'ouvrir aux autres partenaires notamment libéraux et du service de PMI ; en effet si ceux-ci participent aux commissions et aux groupes de travail, la création initiale du réseau à partir de financement de l'ARH¹⁷, le recrutement de deux médecins à temps partiels comme co-coordonateurs du réseau qui sont par ailleurs des praticiens hospitaliers [du département d'information médicale (DIM) de la maternité régionale du Nancy et du service de néonatalogie du CHR de Metz] ainsi que l'implantation du réseau dans des locaux mis à disposition par la maternité régionale de Nancy nécessiteront des efforts particuliers de chacun des acteurs pour que ce réseau s'ouvre vers la ville. Les professionnels de la PMI sont un peu isolés pour en faire la démarche seule.

La mission considère que les autorités de tutelle (DRASS, ARH et URCAM) devraient pouvoir faciliter l'évolution de ce réseau en incitant celui-ci à s'ouvrir sur la ville, notamment par des financements de prévention.

¹⁶ Ce sont en fait les commissions de travail mises en place pour l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS 3) donc très hospitalières.

¹⁷ Un poste de médecin coordonnateur du réseau (qui est de fait occupé par deux mi-temps) et un mi-temps de secrétaire.

3.3.2 *La difficulté à positionner les professionnels libéraux dans un contexte de pénurie future*

La raréfaction, voire dans certains territoires (Briey par exemple) la quasi-disparition des gynécologues obstétriciens et des généralistes (c'est le cas également pour les pédiatres) est un processus engagé. La promotion actuellement en cours de formation est de 53 médecins généralistes sur les 100 postes ouverts. D'ici 4 à 5 ans, d'après la directrice de la DRASS les nouveaux médecins ne seront pas suffisants pour remplacer les départs à la retraite, sachant de plus que 60% des généralistes ont plus de 50 ans.¹⁸ En 2004, 37 gynécologues obstétriciens libéraux exerçaient en Meurthe-et-Moselle (104 en Lorraine)¹⁹.

En 2004, sur les 71 sages-femmes libérales installées en Lorraine seules 10 exerçaient en Meurthe-et-Moselle²⁰. Pour 2006, les chiffres disponibles sur le site internet du conseil départemental des sages-femmes font état de 16 sages-femmes libérales dont 10 avec une résidence professionnelle sur le territoire de Nancy.

Les diplômes délivrées dans les écoles de formation du secteur sanitaire ont permis en 2003 à 41 sages-femmes (664 au niveau national) et à 42 puéricultrices (999 au niveau national) d'entrer sur le marché du travail (cf. STATISS 2005); ce qui conduit à une concurrence importante sur ces professions du fait des mesures du plan de périnatalité 2005-2007.

3.4 **Appréciation d'ensemble de la mission sur ce domaine d'activité**

La mission a porté une appréciation très positive sur l'action de la DPMI dans ce domaine. Les résultats obtenus sont très significatifs. Ils pourraient être encore améliorés à travers le développement d'un partenariat, déjà bien établi avec les autres acteurs du système de santé. Mais notamment s'agissant de l'entretien du quatrième mois, cela suppose la mise en place d'un cadre national rénové qui facilite la recherche de complémentarité.

¹⁸ Dans la Meuse, il n'y a pas eu d'installation de généralistes depuis 5 ans. Un projet pilote de maison de santé est en cours avec accompagnement au montage du dossier et aide financière possible de l'URCAM.

¹⁹ Source : DRESS-DRASS-ADELI – au 01.01.2004 – STATISS Lorraine 2005.

²⁰ Source identique.

Partie 4 : Les activités concernant la santé des jeunes enfants

4.1 Contexte et place de ce domaine d'activité dans la stratégie des responsables

Comme dans les autres départements, la santé des enfants telle qu'on peut l'apprécier à travers la mortalité périnatale et infantile, s'est globalement améliorée au fil des années depuis le début des années 1990. Mais les progrès ont semblé se ralentir ces dernières années. On assiste à une certaine dégradation de l'état de santé des enfants du fait de phénomènes émergents, tels que l'obésité ou des troubles des apprentissages sans qu'à ce stade il soit toujours possible de séparer ce qui relève de l'évolution des états de santé ou des progrès dans leur observation.

A partir des bilans réalisés en école maternelle pour les enfants âgés de 4 ans, trois problèmes de santé apparaissent dès le jeune âge et revêtent une importance croissante :

- l'obésité et la surcharge pondérale (9,68% des filles et 9,83% des garçons sont en surcharge pondérale dont 3,19 % des enfants sont obèses à l'âge de 4-5 ans) ;
- la prévalence des troubles du langage se situe depuis une dizaine d'années autour de 16,5% ;
- les troubles de la sphère psychoaffective (troubles du sommeil, agressivité, instabilité) ne cessent d'augmenter (32% des enfants sont repérés avec des difficultés).

Dans ce contexte, l'action sur la santé des enfants est particulièrement développée, par tradition et de longue date en Meurthe-et-Moselle. La PMI de Meurthe-et-Moselle a notamment été pionnière dans la mise en place, à partir de 1985, du bilan de santé en école maternelle. Dans ce cadre, elle a souvent engagé des actions innovantes qui ont été reprises dans d'autres départements par exemple ce qui concerne le dépistage des troubles du langage (voir plus loin).

Plus généralement l'action de la PMI s'est inscrite dans une approche de santé publique fondée sur l'observation des états de santé et de ses déterminants sur une population spécifiée et qui a conduit à élaborer des démarches de programme d'actions et à les soumettre à évaluation. Ce fut le cas par exemple en matière de dépistage²¹ précoce des handicaps ou des troubles de l'apprentissage.

Ainsi par exemple sur la base des actions réalisées dans le bilan de santé en école maternelle a été défini et mis en œuvre en 1998, un plan départemental de prévention primaire des troubles du comportement langagier des très jeunes enfants. A partir de 2000 a été mis au point un outil de prévention primaire et de dépistage des anomalies du développement DIALOGORIS. Le plan départemental a inspiré le plan national lancé en 2001 pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. En retour les orientations du plan national ont été déclinées en Meurthe-et-Moselle. Ainsi un effort important de formation des professionnels a été engagé, notamment à travers des formations dans les écoles de puéricultrices, de sages femmes et des assistantes maternelles du département et aussi des

²¹ Le dépistage est une recherche systématique chez un sujet ou au sein d'une collectivité apparemment en bonne santé, d'une affection ou d'une anomalie latente, jusque la passée inaperçue.

formations en commun des personnels du département et de l'éducation nationale. Dans l'avenir, la préparation puis la mise en œuvre du Programme régional de santé publique (PRSP) à travers l'action du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) devrait permettre de relancer ce type d'action.

Dans l'ensemble, le développement d'une approche ciblée a plutôt conduit à développer le bilan en école maternelle plutôt que les consultations. De 1990 à 2004 le nombre de consultations a baissé significativement (de près de 30 %) alors que le nombre des enfants vus en école maternelle a augmenté de 150 %.

Les exigences réglementaires qui sont établies sur la situation d'ensemble du département sont respectées mais, comme cela sera évoqué plus loin, des difficultés sont apparues dans certaines zones. L'action concernant la santé des enfants s'exerce dans le cadre d'un partenariat étroit avec les autres composantes du système de soins et les autres acteurs de l'intervention médico-sociale. Mais ce partenariat est moins formalisé et donc moins suivi que pour l'action en périnatal.

Le partenariat avec les institutions médico-sociales et notamment avec les CAMSP est d'une intensité variable. D'après le médecin départemental de PMI, les délais d'attente pour obtenir un bilan spécialisé de chacun des intervenants sont souvent très longs, ce qui conduit à l'obtention des résultats du bilan global à près de 8 mois. D'autre part, après ce bilan, le CAMSP polyvalent de Nancy n'est pas toujours en mesure d'assurer la prise en charge le suivi des enfants dépistés faute de place. Les parents sont alors obligés de trouver seuls des solutions dans un contexte délicat puisqu'il n'existe pas de psychomotricienne, ni de pédopsychiatre disponible en secteur libéral et que les prestations de psychologues libéraux ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. A contrario, le CAMSP spécialisé de Nancy assure les bilans et les prises en charge des troubles visuels²² de façon satisfaisante. Les médecins de PMI interviennent pour l'intégration de tout enfant handicapé en milieu scolaire en lien avec les médecins de santé scolaire et les enseignants.

4.2 Les activités de visites à domicile (VAD), de consultations, et les actions concernant la parentalité et de suivi sanitaire des enfants placés

Les activités en direction des jeunes enfants sont constituées pour l'essentiel de visites à domicile (VAD) surtout dans les premiers mois qui suivent la naissance, de consultations et d'actions collectives de prévention souvent à travers un accompagnement de la parentalité ou des interventions en direction des assistantes maternelles. Le tableau ci dessous fait apparaître l'évolution récente des activités, celle-ci est caractérisée par une certaine diminution des visites à domicile et une stabilisation des consultations.

²² Erratum : il s'agit d'un CAMSP dépistant et prenant en charge les troubles de l'audition.

Tableau activités de la PMI en direction des jeunes enfants

	1990	2002	2003	2004
Nombre de centres de PMI effectuant des consultations infantiles	91	75	66	65
Nombre de séances (demi-journée de consultations infantiles)	2452	1974	1992	1929
Nombre d'enfants vus en consultation	6963	4634	4628	4821
Taux d'enfants vus en consultation par rapport à la classe d'âge	10, 3%	8,8%	8,8%	8,3%
Nombre de visites à domiciles effectuées	18 006	15 376	14 575	11 562
Nombre d'enfants vus en visite à domicile	11 325	8490	8153	6723
Nombre de séances de prévention collective ⊗	2073	NC	1288	1563

⊗ Les séances de prévention collective recourent les interventions en groupe d'éveil et les actions en direction des assistantes maternelles

4.2.1 Les visites à domicile (VAD) après la naissance

Cette activité menée par des puéricultrices est d'abord mise en œuvre en période post natale : 22 % des VAD interviennent à ce moment. Elle a globalement diminué ces dernières années, sans qu'on puisse fournir d'explication simple à cette évolution ; la diminution du temps de séjour en maternité et l'absence dans certains cas de mise à disposition systématique de la PMI sont des explications possibles.

Comme cela a déjà été indiqué, une information est fournie dans certains cas aux femmes enceintes par les sages femmes de la PMI ou dans certaines maternités, à celles qui viennent d'accoucher, sur les services que la PMI peut leur apporter en terme d'accompagnement pendant les premiers mois de vie des enfants. Concrètement il n'y a pas d'intervention systématique mais un ciblage sur la base de critères de risques médico-sociaux.

L'évolution vers un raccourcissement de la durée de séjour dans les maternités pose de nombreux problèmes : par exemple au moment des sorties trop précoces effectuées en contradiction avec les recommandations de la HAS sur les risques médicaux ou psychosociaux. Un protocole de collaboration devrait être passé en 2006 entre la PMI et les établissements de santé pour organiser la mise à disposition et l'accompagnement à la sortie de la maternité. La mise en place d'une sage femme de liaison sur l'agglomération de Nancy devrait permettre de mieux organiser l'intervention des puéricultrices.

L'activité en VAD est jugée très importante dans un contexte où les difficultés de la parentalité s'aggravent fortement en lien avec l'isolement ou les problèmes financiers des parents mais aussi à des évolutions sociologiques plus larges. L'apport des puéricultrices est particulièrement significatif sur les questions d'alimentation, de rythme de sommeil ou les relations parents-enfants et plus généralement pour tout ce qui concerne l'éducation pour la santé. La plupart des VAD interviennent sur des enfants de 0 à 3 mois avec pour chaque enfant concerné plusieurs visites dans la mesure où l'aggravation des problèmes ou les

interventions plus médicales rendent nécessaires une répétition des actions et une continuité du suivi.

4.2.2 Les consultations

Il s'agit d'une activité traditionnellement très importante en Meurthe-et-Moselle. L'activité de consultation est mise en œuvre dans de très nombreux centres qui créent un maillage fin du territoire. Mais l'évolution depuis les années 1990 a plutôt conduit à une diminution des consultations. C'est tout d'abord dû à la diminution sur la période 1990-2003 du nombre des enfants de la classe d'âge 0-6 ans. Mais dans certains cas, cela pourrait être lié à la faiblesse de l'offre de consultations, par exemple dans certains secteurs du département (nord, Val de Lorraine et sud ouest du département) où les normes ne sont pas atteintes.

En 2004, sur l'ensemble du département, la population bénéficiaire représente 8,3% de la classe d'âge mais ce taux varie fortement suivant les différents territoires d'intervention : ainsi il dépasse les 50 % dans le territoire de BRIEY ou dans certains quartiers de Nancy. L'essentiel des consultations bénéficie à des enfants de moins de 2 ans.

La durée de la consultation est de 20 à 30 minutes et l'intervention du médecin est accompagnée par celle de la puéricultrice qui assure la pesée et donne des conseils d'éducation à la santé. Sauf exception, il n'y a pas d'animation en salle d'attente.

Le développement de la communication et du langage est une priorité : les consultations permettent une action de prévention ciblée. Cette démarche a été mise au point avec l'aide des orthophonistes de Meurthe-et-Moselle et fait l'objet de programmes de formation répétés annuellement

En première approche, on peut apprécier les résultats à travers le pourcentage d'enfants suivis qui présentent une déficience. Il apparaît ainsi qu'au moment du bilan en école maternelle, une très large partie des déficiences visuelles et auditives et des troubles du langage a déjà été repérée.

Les objectifs fixés pour 2006 prévoient outre le développement de l'offre dans les parties du département où cela est nécessaire deux actions importantes :

- l'amélioration des locaux : dans de nombreux cas, les locaux ne permettent pas une organisation complètement satisfaisante des activités et par exemple interdisent la mise en place des animations de salle d'attente ;
- la mise en place de la télétransmission des feuilles de soins (voir plus haut).

4.2.3 Le soutien à la parentalité

Dans plusieurs centres médico-sociaux, les équipes de PMI ont développé, à partir des consultations et en liaison avec les associations de quartier, des activités d'éveil et d'éducation à la santé en direction des parents et des enfants à travers des animations en salle d'attente ou des actions ponctuelles d'animation de groupes de parents.

Les équipes de la PMI sont aussi très actives dans la participation aux lieux d'accueil, lieux d'éveil et espaces de socialisation des très jeunes enfants notamment aux lieux d'éveils tels que lieux d'accueil parents enfants (LAPE). Sur l'ensemble du département il existe une quarantaine de lieux de ce type qui sont souvent mis en place sous l'égide des CAF.

4.2.4 Le suivi des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance

Comme dans les autres départements, les services de PMI de Meurthe-et-Moselle sont confrontés aux difficultés de santé des enfants confiés à l'ASE dont le nombre est en diminution mais reste significatif (voir tableau ci dessous).

Tableau : information sur les enfants pris en charge par l'ASE

	1990	2002	2003	2004
Nombre d'enfants pris en charge par l'ASE	ND	1800	1675	1668
<input type="checkbox"/> Dont présents dans le département	ND	1600	1450	1500
<input type="checkbox"/> Dont âgés de 0 à 6 ans	ND	320	240	250

Source : conseil général de Meurthe-et-Moselle

La DPMI s'est efforcée d'améliorer son intervention avec l'objectif de faciliter l'accès au dispositif de droit commun de la PMI. Pour ce qui concerne les enfants en familles d'accueil, une démarche expérimentale a été lancée pour développer l'intervention des puéricultrices en accompagnement des éducateurs de l'ASE référents des enfants. Sur la base des réflexions d'un groupe de travail, une procédure organisant l'intervention coordonnée a été mise au point. Mais sa mise en œuvre opérationnelle pour l'ensemble des enfants aurait rendu nécessaire la création de deux postes supplémentaires en ETP, et elle a été différée du fait des contraintes budgétaires. Pour ce qui concerne les enfants placés en établissement, et notamment à la pouponnière départementale, le médecin de PMI intervient souvent à la fois en médecine de prévention avec une action fortement orientée sur les soins relationnels et également en travail de liaison avec un soutien aux équipes soignantes. C'est particulièrement le cas dans les établissements qui connaissent des vacances de poste de médecins.

Les données concernant les états de santé des enfants de l'ASE ne font pas l'objet d'un suivi centralisé et la DPMI n'a pas fait d'études épidémiologiques ni d'évaluation.

4.3 Les bilans de santé en école maternelle

Ces bilans de santé sont considérés comme une des priorités du service de PMI qui y affecte les personnels nécessaires (puéricultrices et médecins) complétés si nécessaires par des heures médicales. (4.155 heures pour la rentrée scolaire 2004-2005) réparties en fonction du nombre d'écoles et des effectifs d'enfants de 4 ans à voir.

Sur les trois dernières années scolaires, c'est une moyenne de 8.500 enfants fréquentant l'école maternelle et âgés de 4 ans qui ont bénéficié d'un bilan réalisé par les professionnels de la PMI. Sur chacun des TAM, cela correspond à l'organisation de plannings pour environ 1000 enfants (550 à 1300 environ) répartis sur une moyenne de 50 écoles (30 à 70 selon les territoires).

Tableau : Répartition des enfants de 4 ans et des écoles dans les TAMS

Territoires d'action médico-sociale (TAMS)	Nombre d'écoles	Nombre d'enfants de 4 ans	Evolution des effectifs / année précédente
LONGWY	53	969	+32
BRIEY	58	906	+14
SUD OUEST 54	77	1327	+22
Val de LORRAINE	70	1242	-31
LUNEVILLOIS	76	1019	+116
NANCY Ville	39	1020	-37
POLE EST (JARVILLE)	29	900	+47
POLE OUEST	26	793	+148
POLE EST (MARJEVILLE)	22	552	+56
TOTAL	450	8728	+356

Source : bilan en école maternelle 2004-2005 – Conseil général 54 DISAS-PMI 54/ FH.MOD (à partir des données de l'inspection académique)

A partir des derniers chiffres disponibles, l'évolution du nombre d'enfants est à la hausse en particulier sur les territoires de Lunéville et de Nancy (pôle ouest et pôle est Malzéville) où l'augmentation avoisine les 10%.

La scolarisation en école maternelle des enfants de 2 ans est très hétérogène selon les territoires ; ainsi dans le Sud Ouest 54 (secteur rural) et Nancy pôle Est Jarville, les taux sont bas (28 et 26%) alors que les deux tiers des enfants scolarisés de cet âge le sont sur le territoire de Longwy.

4.3.1 Un taux de couverture de presque 100% pour le bilan des enfants de 4 ans

Depuis 10 ans, sur la cible des 4 ans, le nombre d'enfants vus pour bilan et le taux de couverture sont passés de 79% à 95% (en 2005, 8319 enfants de 4 ans ont eu un bilan). *La PMI considère qu'elle a atteint quasi l'exhaustivité, compte tenu du caractère non obligatoire de cette scolarité et donc de l'absentéisme inévitable à cet âge.*

Pour les enfants non scolarisés de cette tranche d'âge, la puéricultrice de PMI propose un bilan aux parents par l'envoi d'un courrier ; si les parents l'acceptent, ce bilan est alors réalisé au centre médico-social.

Le recentrage sur la classe d'âge des 4 ans est complet (seuls 21 enfants sur les 8340 ont été vus à d'autres âges à la demande des enseignants ou des familles en raison de difficultés particulières).

4.3.2 Selon la présence ou non des parents une différence dans la nature des bilans réalisés

La consultation dure environ 30 minutes et lors d'une journée d'activité dans une école maternelle, la puéricultrice et le médecin reçoivent une dizaine d'enfants.

- Si les parents ne se déplacent pas à l'école maternelle pour le bilan des 4 ans de leur enfant, seul le **bilan sensoriel élargi** est réalisé par la puéricultrice²³. L'examen clinique

²³ 48,6% des bilans partiels ont été réalisés en 2004-2005 avec une puéricultrice seule.

est très sommaire, limité au contrôle du poids et de la taille (sans que l'enfant ne soit déshabillé). Le bilan sensoriel comporte un examen visuel et auditif, ainsi que le repérage d'un éventuel retard du développement psychomoteur et un dépistage des éventuels troubles du langage (cf. infra)

Le médecin ne verra l'enfant que, si par ce premier dépistage, des troubles sont repérés.

- Si les parents sont présents, le bilan complet est réalisé par le médecin de PMI (avec dans 99% des cas une puéricultrice). Celui-ci comporte un examen clinique approfondi de l'enfant déshabillé. Il est rare dans les territoires où il existe des quartiers en difficulté que les parents soient absents lors de la visite (dans le secteur du Haut du Lièvre à Nancy, tous les parents viennent). Si les parents se sont rendus disponibles, ils constatent mieux les difficultés de leurs enfants et sont plus motivés pour régler les problèmes rapidement. Il est alors également possible de mettre en place un véritable travail de prévention pour améliorer le bien-être de l'enfant à l'école.

Si des troubles sont dépistés, le médecin de PMI remet à la famille un courrier pour le spécialiste si besoin (ORL – OPH²⁴ – pédopsychiatre...). La famille est également destinataire d'une fiche de bilan avec une partie amovible dite « fiche de suivi » qui permet au spécialiste consulté d'envoyer la réponse au médecin de PMI.

Si aucune réponse ne parvient à la PMI, la puéricultrice s'informe auprès de la famille soit lors d'une consultation ultérieure au centre de PMI, soit par un entretien téléphonique ou par l'envoi d'un courrier.

4.3.3 Des résultats quantitatifs et qualitatifs variables selon les territoires

En 2005, 6826 enfants âgés de 4 ans (sur les 8340 vus) ont bénéficié d'un bilan complet ; cette proportion est passée sur les 5 dernières années de 50 à 82%. La grande majorité des enfants vus le sont à titre systématique (98,9%). A l'issue des tests, c'est à dire après un premier repérage, seuls 0,8 % des enfants sont vus.

Si le taux de couverture est désormais de 90% dans tous les TAMS, seuls deux territoires atteignent les 100% (c'est le cas de Nancy ville et du pôle est Jarville). Cependant 61% des bilans partiels du département sont réalisés sur Nancy et agglomération, zones qui ne représentent pourtant que 38% de l'ensemble des bilans. Alors que trois territoires (Longwy, Lunévillois et Briey) ont réalisé une quasi exhaustivité de bilans complets.²⁵

➤ Le résultat des dépistages

Le dépistage des troubles sensoriels et des troubles du langage est considéré comme une des priorités majeures du service de PMI, ce qui justifie l'intervention précoce des professionnels auprès des enfants des écoles maternelles.

²⁴ Oto-rhino-laryngologiste et ophtalmologiste ;

²⁵ Cf. remarque précédente sur les parents qui se déplacent plus volontiers dans les zones en difficultés socio-économiques.

1. Troubles visuels (8130 enfants)

Bilan visuel normal	76,8%	
Connus et traités	9,2%	
Dépistés et adressés en ophtalmologie	12,4%	1008 enfants adressés en ophtalmologie dont 349 cas pour lesquels une information a été obtenue sur le suivi avant août 2004 (soit 34,6%)
Enfants à revoir (résultats douteux ou enfant non testable)	1,9%	

2. Troubles auditifs (7992 enfants)

Bilan auditif normal	88,3%	
Connus et traités	3,8 %	
Dépistés et adressés en ORL	3,7%	Un retour a été obtenu dans 32,9 % des cas.
Enfants à revoir (résultats douteux ou enfant non testable)		

Sur l'année scolaire 2004-2005, le service de PMI a constaté une baisse des retours d'information, suite aux dépistages aussi bien ophtalmologiques qu'ORL, sans qu'il soit possible de savoir si le suivi nécessaire a été engagé par les familles. Une mobilisation pour effectuer des relances devrait être mise en place.

3. Troubles du langage

Le service de PMI de Meurthe-et-Moselle est à l'initiative avec une orthophoniste de l'élaboration d'une épreuve de repérage des troubles du langage (EPRL 4) qui s'appuie sur un outil DIALOGORIS, construit par un groupe de travail, puis validé en 1996 par les professionnels du CHU de Nancy.

Ce test simple et facile d'exécution pour le médecin et attrayant pour l'enfant est actuellement utilisé par près de 50% des services départementaux de PMI. Tous les personnels du service de Meurthe-et-Moselle ont été formés à l'utilisation de cet outil ; les nouveaux arrivant en bénéficient également par la formation continue²⁶. Son objectif est de repérer les troubles pertinents, conduisant à l'orientation vers un orthophoniste des seuls enfants (mais de tous les enfants) qui en ont vraiment besoin.

Ce test est fait en présence des parents en leur expliquant l'intérêt pour l'enfant de ce dépistage précoce et si besoin d'un suivi ou d'un soutien.

En fonction du résultat du test, un profil de l'enfant est déterminé qui va conduire, si besoin à une orientation et à un suivi :

- profil vert : tout va bien ;
- profil orange : mettre en place une surveillance active ;
- profil rouge : orienter pour un diagnostic et une prise en charge adaptée.

²⁶ A noter que les assistantes maternelles (ASSMAT), qui sont avec les enfants toute la journée, sont partie prenante dans le dépistage organisé par la PMI. Elles reçoivent une formation complète d'une journée sur le langage par les orthophonistes (cf. brochure ministérielle « objectif langage »).

Le Conseil général a négocié un accord avec la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) qui permet au médecin de PMI de prescrire un bilan orthophonique en fonction des résultats du test²⁷.

Lors du dépistage de 2005, ce sont 16,57% des enfants de 4 ans (profil orange : 7,13% et profil rouge : 9,44%) qui nécessitent une attention particulière des soignants mais également des enseignants.

Selon les TAMS, le nombre d'enfants en difficulté est variable [avec le Lunévillois, le pôle Est (Jarville) et le pôle Ouest ont plus de 20% des enfants en difficulté].

➤ Les suites données aux problèmes de langage (8108 enfants)

Langage normal	76,27%
Troubles connus et traités	7,83
Enfants adressés en orthophonie	9,19%
Enfants adressés au CMP - CMPP	0,56%
Enfants à revoir	6,15%

Près d'un enfant sur quatre a une difficulté avec le langage qui nécessite à des degrés divers une surveillance et un suivi.

Le taux de réponse des orthophonistes est en baisse : 37,5% contre 57,6% l'année précédente.

4. Psychomotricité (7949 enfants)

Près de 10% ont des difficultés psychomotrices (dont 1,6% sont importantes) et nécessitent une attention vigilante pour une éventuelle intervention précoce.

5. Sphère psychoaffective (6.734 enfants)

Des difficultés plus ou moins importantes sont repérées chez 35,2% des enfants (troubles du sommeil, de l'alimentation, instabilité ou agressivité).

6. Les autres indicateurs de santé

Etat dentaire (6586 enfants) : Plus de 7% des enfants (de 2,3 à 10% selon les territoires) ont des caries à soigner dès l'âge de 4 ans.

Couverture vaccinale (6564 enfants) : Pour le BCG, le DTP et la coqueluche, la couverture à 4 ans est de 97%. Le taux de couverture vaccinale est globalement satisfaisant pour le ROR (supérieur à 95%). Par contre la couverture contre l'hépatite est encore moyenne (65%) avec des taux plus faibles à Longwy et Briey.

Examen somatique (5931 enfants) : Suite à cet examen, 152 enfants ont été adressés à leur médecin traitant. Seuls 27% de réponses ont été retournées au service de PMI.

²⁷ La prescription de ces bilans conduit à une cotation donc à un remboursement des actes au conseil général à hauteur d'environ 250.000 € an

L'indice de masse corporelle montre que 9,7% des filles et 9,9% des garçons sont en situation de « surcharge pondérale » dont 3,2% (soit 190 enfants) correspondent à la définition de l'obésité. Les deux territoires les plus concernés sont Longwy et Briey.

4.3.4 Le partenariat avec le service de santé scolaire et la question de l'extension du champ d'action de la PMI

Comme cela a déjà été évoqué, une convention a été signée entre le conseil Général – service de PMI et l'Education Nationale et elle fait l'objet d'évaluation en cours. Le comité de pilotage devrait se réunir en juin 2006 pour faire un bilan des principaux thèmes, notamment :

- mieux prendre en charge la santé de l'enfant à l'école maternelle ;
- favoriser l'adaptation à la scolarité des enfants handicapés ;
- développer la citoyenneté ;
- et promouvoir l'éducation à la santé à l'école.

La collaboration est jugée bonne par les deux partenaires, notamment à travers les bilans en école maternelle et les liens établis lors des passages des dossiers à l'entrée en école primaire.

L'élargissement de la compétence de la PMI au champ scolaire est une problématique qui a été soumise par la mission aux professionnels rencontrés. Faut-il étendre son champ à partie du bilan des 6 ans jusqu'à l'âge de 12 ans, c'est à dire pendant tout le cycle primaire ? Les interrogations des professionnels de la PMI sont essentiellement centrées sur les moyens qui y seraient affectés, tous considérant que la santé scolaire exerce ses missions avec compétence, mais qu'elle est le parent pauvre de la prévention ; de plus actuellement, de nombreux postes de médecins de santé scolaire sont non pourvus et risquent d'être supprimés.

D'autre part se pose la question du rattachement des infirmières de santé scolaire et de l'inexistence d'assistantes sociales dans le cycle scolaire primaire ; le suivi social des élèves étant orienté vers l'activité classique des territoires .

Si personne ne met en cause la cohérence de cette extension du champ de compétence, le contexte d'incertitude quant aux moyens qui seraient affectés à un tel transfert rend les professionnels du secteur de l'enfance et les politiques extrêmement prudents ; et ce d'autant que les nouveaux transferts de la deuxième étape de décentralisation sont déjà lourds à organiser.

4.4 Appréciation de la mission sur l'ensemble des activités concernant la santé des jeunes enfants

Globalement la mission porte une appréciation très positive sur un domaine d'activité où la PMI intervient de manière réellement ciblée en direction des enfants en risque et avec des méthodes innovantes. L'orientation de l'action des équipes à partir d'une vision précise des priorités de santé publique est certainement un point fort de l'action. De nouveaux progrès semblent possibles à partir d'un approfondissement du partenariat avec les institutions médico-sociales mais aussi les autres acteurs de soins en ville ou à l'hôpital et par exemple, dans le domaine de l'obésité.

Par ailleurs la DPMI s'est investi fortement sur la réalisation de ces bilans d'école maternelle avec un accent prioritaire sur le dépistage des troubles sensoriels et du langage. Les outils DIALOGORIS et EPRL4 créés méritent d'être valorisés et diffusés par les instances nationales ministérielles ou par l'assurance maladie pour qu'ils puissent également être utilisés par les professionnels libéraux.

Les données statistiques disponibles sur les bilans d'école maternelle sont complètes (ce qui n'est pas le cas de tous les départements) et confirment l'impact des caractéristiques socio-économiques sur l'état de santé des enfants. Une vigilance particulière pour la sensibilisation des parents à la présence aux bilans de leurs enfants est instituée sur certains territoires ou quartiers plus sensibles (Briey, Longwy et le quartier du Haut du Lièvre sur Nancy).

Il est cependant difficile de porter une appréciation sur les suites données à ces repérages puisque le retour d'information de la part des médecins traitants et des spécialistes est faible (30% en moyenne), en partie lié à la moindre disponibilité des puéricultrices pour assurer les relances. *Cette baisse nécessite d'être particulièrement attentif pour que la mobilisation autour des dépistages ne perde pas une grande partie de son intérêt si les mesures qui en découlent ne sont pas prises.*

Partie 5 : Les modes de garde

La législation prévoit une intervention de la collectivité départementale (service de PMI) en ce qui concerne les autorisations relatives aux modes de garde des enfants de moins de 6 ans, notamment pour l'agrément des assistantes maternelles à titre non permanent (ASSMAT) et les avis et autorisations des établissements d'accueil d'enfants de moins de 6 ans durant la journée sans hébergement.

5.1 Des priorités clairement affichées en matière de politique départementale d'accueil de la petite enfance

Aidée par un cabinet conseil, la commission départementale d'accueil du jeune enfant qui a pour rôle d'élaborer des propositions pour une politique de la petite enfance, a présenté en septembre 2005, les préconisations et les perspectives en matière d'accueil de la petite enfance qu'elle a soumises à la collectivité départementale.

5.1.1 Les principaux points du constat

- La population augmente mais le nombre d'enfants diminue

Si le nombre d'enfants de 0 à 4 ans en 1999 était de 35.000, il est en diminution de 14% depuis 1990 (au plan national la diminution est de 5,5%).

Mais certains indicateurs socio-démographiques ont un impact direct sur l'accueil de la petite enfance : 68% des femmes de 20 à 39 ans travaillent, la distance entre le domicile et le lieu de travail augmente, les familles en âge d'avoir des enfants (25-39 ans) sont très mobiles (plus de la moitié a changé de canton entre 1990 et 1999), 17,8% des familles sont monoparentales (13% en 1990) et sur Nancy, le chiffre est de 30% des familles monoparentales.

- Le potentiel d'accueil est appréciable mais insuffisant et très inégalement réparti

Avec 2.255 places en accueil collectif et 5.500 assistantes maternelles pour un potentiel de 10.860 « places » la Meurthe-et-Moselle est relativement bien placée en terme de potentiel d'accueil.

Mais en accueil collectif, tous les territoires à l'exception du Grand Nancy sont nettement en dessous de la moyenne départementale (9,5 places en places d'accueil collectif pour 100 enfants).

Tous les territoires font état d'un manque chronique d'assistantes maternelles. La moyenne départementale du nombre de places pour 100 enfants chez les assistantes maternelles s'élève à 43. Mais la réalité est différente car certaines assistantes maternelles n'exercent plus, sans pour autant signaler leur cessation d'activité ou acceptent moins d'enfants que ce qui autorisé par l'agrément.

Le département ne compte que 5 relais d'assistantes maternelles (RAM) et ceux-ci sont répartis inégalement sur les seuls territoires du Briey et du Lunévillois.

	Longwy	Briey	Val de Lorraine	Toulois	Lunévillois	Grand Nancy	département
Nombre d'enfants de moins de 3 ans	2813	2430	3270	3630	2818	9247	24203
Nombre de places chez ASSMAT pour 100 enfants	25	49	61	56	45	33	43
Nombre de places en accueil collectif pour 100 enfants	5	0,6	2,7	6	6	17	9,5
Nombre de places en accueil collectif	137	16	89	212	173	1628	2255

Source : Commission départementale d'accueil du jeune enfant – septembre 2005

➤ Les besoins sont croissants sur tous les territoires

Les demandes sont particulièrement fortes sur l'agglomération de Nancy et le nord du département. Les nouvelles structures d'accueil ouvertes récemment ont vu leur taux d'occupation maximale atteint très rapidement. Les listes d'attente et donc les demandes non satisfaites sont en augmentation dans la quasi totalité des structures. Les élus sont de plus en plus sollicités par les familles, sur cette question.

5.1.2 Des axes stratégiques avec des propositions concrètes

Pour répondre aux besoins des familles, trois axes sont affichés par la collectivité départementale :

- tendre vers une égalité d'accès pour toutes les familles du département ;
- valoriser la petite enfance comme levier de développement local ;
- diversifier l'offre pour donner le choix aux familles.

Six objectifs sont à remplir d'ici 2010 :

- 1) Donner un signe politique fort sur la petite enfance dans le département et les territoires (Conseil général, CAF et Association Départementale des Maires) ;
- 2) Formaliser une coopération plus lisible du département et de la CAF sur les territoires ;
- 3) Programmer un potentiel de 850 places supplémentaires en accueil collectif ;
- 4) Augmenter la qualité du potentiel des assistantes maternelles par le développement des RAM ;
- 5) Diversifier et élargir l'offre pour répondre aux besoins spécifiques (enfants handicapés...) ;
- 6) Accompagner les collectivités, les structures et les professionnels.

	Longwy	Briey	Val de Lorraine	Toulois	Lunévillois	Grand Nancy	département
Nombre de places en accueil collectif	137	16	89	212	173	1628	2255
Perspectives 2010	+130	+210	+220	+130	+ 90	+72	+ 850
Déjà en projet en 2005	20	130	60	54	50	72	386
Taux de couverture actuel et futur (2010) pour 100 enfants	5 9,5	0,6 9,7	2,7 9,4	6 9,4	6 9,3	17 18,4	9,5

Source : Commission départementale d'accueil du jeune enfant – septembre 2005

5.2 L'agrément des assistantes maternelles à titre non permanent

Il s'agit d'une activité encadrée par des textes contraignants qui fixent des délais d'instruction courts (3 mois pour un agrément) et de plus en plus exigeants à la fois sur la procédure agrément, mais également sur la formation des assistantes maternelles²⁸.

5.2.1 Une répartition des activités d'agrément entre le siège et les territoires

- Les premières demandes

La Meurthe-et-Moselle a mis en place au siège de la PMI une équipe spécialisée (composée d'une puéricultrice, de deux psychologues et d'une assistante sociale) pour assurer la majeure partie (les deux tiers) des instructions des premières demandes d'agrément. Le tiers restant est effectué par les assistantes sociales. Un projet de guide d'entretien est en cours d'élaboration pour harmoniser la procédure. De ce fait, les puéricultrices des territoires sont déchargées de cette mission d'instruction pour la délivrance du premier agrément.

- L'examen des renouvellements

Par contre, en ce qui concerne les renouvellements quinquennaux, ce sont les puéricultrices des territoires qui en sont chargées. *Chaque situation nécessite environ une demi-journée d'activité entre le temps de déplacement, la visite sur place, l'entretien avec l'assistante maternelle et la rédaction du rapport.*

- Le suivi annuel est ponctuel

Actuellement le suivi annuel n'est pas systématique, il est réalisé au cas par cas et suite à toute plainte des familles ou à tout signalement particulier des professionnels.

Une étude interne au service de PMI a permis d'évaluer les effectifs nécessaires pour réaliser cette mission, qui relève des obligations de la collectivité départementale. *Il faudrait dix professionnels supplémentaires (en ETP) pour effectuer un suivi annuel systématique. C'est une procédure mangeuse de temps [exemple pour le territoire de Nancy et couronnes, un agrément est à renouveler par jour].*

²⁸ Article L. 2111-1, 2111-2 du code de la santé publique, loi n° 2005-706 du 27 juin 2005 concernant l'agrément des assistantes maternelles et assistants familiaux et la formation des assistantes maternelles; convention collective nationale de travail des assistantes maternelles du particulier employeur applicable au 1^{er} janvier 2005 et décret n° 2006-464 du 20 avril 2006 relatif à la formation des assistants maternels.

5.2.2 Les données d'activité disponibles

Le nombre d' ASSMAT en 2005 est de 5500 et environ 500 (soit 10%) sont agréées annuellement. C'est une activité que le service de PMI (puéricultrices) revendique comme relevant de sa compétence, puisqu'il s'agit d'évaluer le projet de la personne accueillante et sa capacité à assurer la santé, la sécurité et l'épanouissement de l'enfant accueilli. Mais d'autres professionnels sont jugés aptes par leurs compétences à compléter l'éclairage sanitaire (éducatrices jeunes enfants, psychologues et assistances sociales). Dans ce but, un document de procédure pour porter un jugement à partir de protocoles communs est en cours d'élaboration.

Tableau relatif aux agréments et contrôles des assistantes maternelles

	1990	2002	2003	2004
Nombre d'assistantes maternelles agréées dans l'année	ND	463	561	513
Nombre de visites d'agréments d'assistantes maternelles dans l'année	Ces visites ne sont pas faites par les mêmes équipes de professionnels			
- premiers agréments	ND	826	985	1021
- renouvellements	2100	1088	1418	647
Nombre de visites de suivi d'assistantes maternelles effectuées dans l'année	ND	1456	1509	1588
Nombre de retraits d'agréments d'assistantes maternelles dans l'année	ND	17	12	18
Nombre de séances de formation d'assistantes maternelles mises en places dans l'année	ND	540	540	540
Nombre d'assistantes maternelles formées dans l'année	ND	454	463	415

Source : service de PMI de Meurthe-et-Moselle – extraits du questionnaire IGAS

ND : données non disponibles

5.2.3 Appréciation de la mission.

La mise en place d'une équipe spécialisée permet une procédure d'instruction plus homogène pour la délivrance des agréments et les puéricultrices de terrain sont alors plus disponibles pour réaliser les consultations et les visites à domiciles, avec une surveillance plus attentive des familles vulnérables et requérant une attention particulière. Mais le suivi annuel n'est pas réalisé et met ainsi la collectivité dans une situation potentielle délicate en cas de problème.

Mais au delà de la situation spécifique de la Meurthe-et-Moselle, il apparaît que l'impact financier de la nouvelle loi de 2005 n'a pas été complètement pris en compte et que l'augmentation de la charge de travail des professionnels de la petite enfance en charge du contrôle des assistantes maternelles n'a pas été suffisamment anticipé. Des tensions pourraient se manifester dans un contexte où il existe des besoins non satisfaits pour les familles et où les assistantes maternelles risquent de faire pression sur les élus dans un contexte d'emploi rare pour une profession où aucun quota n'a été fixé.

Conclusion

En Meurthe-et-Moselle, la mise en œuvre des missions de PMI s'est effectuée dans le cadre d'une tradition ancienne de santé publique et d'action médico-sociale en direction des personnes en situation de risque notamment pour les femmes enceintes connaissant des difficultés médico-sociales. Les évolutions liées à la recherche d'une approche plus territoriale de l'action du département en matière social n'ont pas remis en cause les acquis de la période antérieure, bien au contraire. En effet dans plusieurs domaines, des approches innovantes ont été développées avec succès et, dans certains cas, largement reprises au niveau national. L'organisation des services, même si elle n'est pas complètement conforme aux prescriptions réglementaires, a conduit dans la pratique à un certain équilibre entre la prise en compte des spécificités de la mission de PMI et l'intérêt de les articuler avec l'action des autres services du département. La PMI a en outre bénéficié de ressources à un niveau élevé même si le contexte d'évolution de la démographie médicale et paramédicale pourrait déboucher sur une aggravation des difficultés déjà perceptibles en matière de recrutement.

Du point de vue de la mission les résultats pourraient être encore améliorés si étaient amplifiés les efforts déjà engagés dans deux directions :

- Tout d'abord a été développée une démarche d'amélioration du pilotage des services. Elle serait utilement prolongée par la mise au point d'un cadre pluriannuel de type schéma directeur et la fixation d'objectifs annuels de performance pour les services territoriaux.
- Par ailleurs le développement du partenariat pourrait être poursuivi à la fois en matière périnatale dans le cadre du réseau périnatal lorrain et pour ce qui concerne la santé des enfants dans le cadre de relations à approfondir avec les autres partenaires à commencer par l'éducation nationale. La mise en place du GRSP pourrait être opportunité pour ce faire.

□ Mais il est vrai que l'amélioration des outils de gestion et l'évolution du positionnement de la PMI vis à vis de ces partenaires (et par exemple vis à vis de l'assurance maladie) dépendent aussi des orientations fixées au niveau national. Les constats et préconisations présentées dans ce rapport ont vocation à nourrir la réflexion d'ensemble qui sera présentée dans le rapport de synthèse.

Christophe LANNELONGUE

Docteur Patricia VIENNE

ANNEXES

Liste des annexes

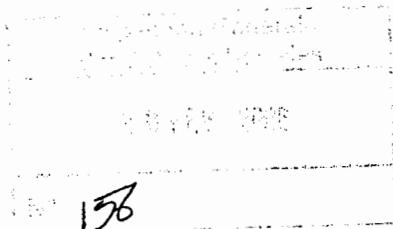
- Annexe 1 Lettre de mission
- Annexe 2 Liste des personnes rencontrées
- Annexe 3 Organigramme de services centraux
- Annexe 4 Organigramme des services du territoire de BRIEY
- Annexe 5 Liste des sigles utilisés

Annexe 1 Lettre de mission

FXR/MGD/D.1648

Paris, le

20 FEV. 2006



TAMMIE
2006

20-2

Le Ministre de la Santé et des Solidarités

Le ministre délégué à la Sécurité Sociale,
aux Personnes âgées, aux Personnes
handicapées et à la Famille

à

Madame la Chef du Service de
l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Objet : mission d'étude sur la Protection maternelle et infantile (PMI)

Le rôle essentiel de la PMI est reconnu depuis longtemps. Il a d'ailleurs été récemment souligné dans le plan périnatalité. La réforme de la protection de l'enfance que nous avons lancée se doit d'intégrer des préconisations opérationnelles à son égard.

L'IGAS a réalisé au cours de ces dernières années le contrôle des services de PMI de plusieurs départements. Les constats présentés dans ses rapports montrent une grande hétérogénéité dans les objectifs fixés par les départements mais aussi, dans certains cas, la difficulté à couvrir le champ des missions légales.

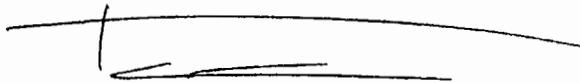
L'existence de tels écarts conduit à s'interroger sur la pertinence de la formulation des normes réglementaires et sur les moyens à mettre en œuvre pour qu'elles soient respectées. Afin d'assurer l'accessibilité à la santé la plus large possible pour les assurés sociaux ou les bénéficiaires de la CMU, il peut également être justifié de revoir la finalité et le cadre de la politique de PMI.

A partir d'une étude actualisée des conditions et des résultats de la politique de PMI dans plusieurs départements, vous proposerez les axes fondamentaux d'une politique rénovée en terme de missions et d'obligations, ainsi que les modalités à développer pour assurer son rôle clé dans le domaine de la prévention, notamment au regard de la protection de l'enfance.

Nous souhaitons recueillir vos premières conclusions début mars et recevoir votre rapport définitif d'ici à juin 2006.



Philippe BAS



Xavier BERTRAND

Annexe 2 Liste des personnes rencontrées

1) Département de Meurthe-et-Moselle

Madame Dominique OLLIVIER, conseillère générale, déléguée santé auprès de Madame Michèle PILOT, vice-présidente du conseil général de Meurthe-et-Moselle

Monsieur Didier VALLANCE, Directeur général des services

Monsieur Bernard LEUYET, Directeur général adjoint des services, directeur de la direction de la solidarité et de l'action sociale (DISAS)

Madame le Dr COLOMBO, directrice de la PMI

Madame le docteur HIMOND, adjointe à la directrice de la PMI

Madame DEBAR, coordonnatrice départementale des sages femmes à la DPMI

Madame Annie MATHELIN, coordonnatrice départementale des puéricultrices à la DPMI

TAMS de Briey

Madame le docteur Véronique HILLY

Madame le docteur Annick DEBLAIS

Monsieur Gilles HENRY, chargé de mission Protection de l'Enfance

Madame Chantal BELLENTANI, puéricultrice

TAMS de Nancy et Couronne

Madame le docteur RAYMOND, médecin responsable de PMI

Madame VIEL, sage femme sur Nancy Vandoeuvre

Madame POCHARD, puéricultrice

2) Services de l'Etat

Madame WILLAUME, directrice de la DRASS Lorraine

Madame CHRETIEN, secrétaire générale de la DRASS

Madame Christiane PERNET directrice de la DDASS de Meurthe-et-Moselle

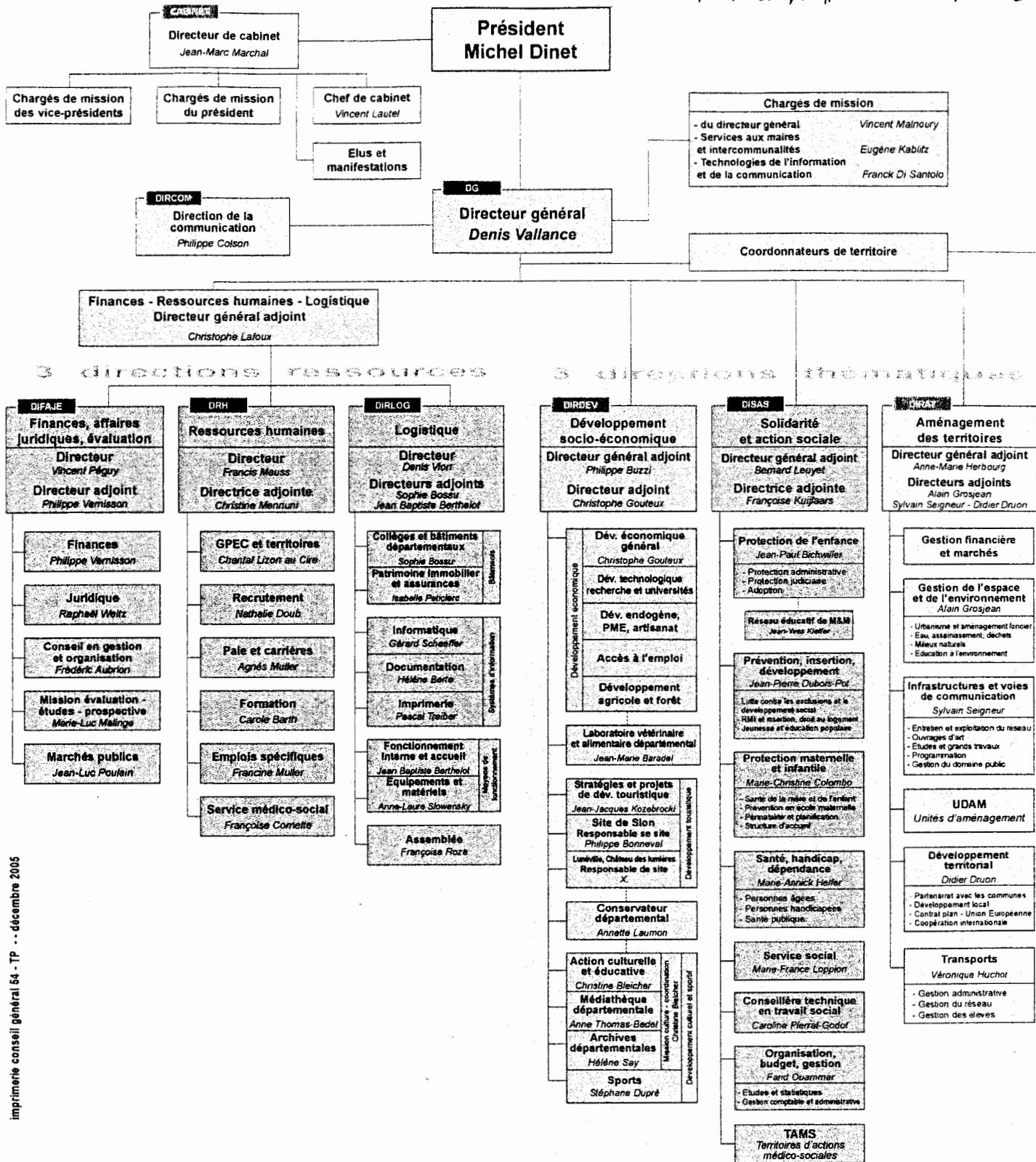
3) Assurance Maladie

Monsieur MARX, directeur de l'URCAM Lorraine

Maternité régionale (Réseau Périnatal lorrain)

Madame le docteur Jeanne FRESSON

Annexe 3 Organigramme de services centraux



Imprimerie conseil général 54 - TP - décembre 2005

Territoire de Longwy	Territoire de Briey	Territoire du Sud-Ouest 54	Territoire du Val de Lorraine	Territoire de Lunéville	Territoire de Nancy et Couronné
Coordination: Francine Bourguignon	Coordination: Denis Mangin	Coordination: Michèle Pilot-Hulin	Coordination: Anne-Marie Viaud	Coordination: Sylvie Rival	Coordination: Sébastien Vaudin
TAMS: Paul Pierot	TAMS: Madalena Herbé	TAMS: Denise Guinay	TAMS: Simone Parrard	TAMS: Caroline Gény	TAMS: Jérôme Lesavre
UDAM: Bruno Collin	UDAM: Bruno Collin	UDAM: Thierry Durand	UDAM: François Vallée	UDAM: Hervé Klein	UDAM: François Vallée
		Site de Sion: Philippe Bonneval		Château de Lunéville: X	

Annexe 4 Organigramme des services du territoire de BRIEY

Coordination territoriale de BRIEY 93 rue de Verdun - 54800 CONFLANS EN JARNISY Fax : 03.82.22.74.48		Coordonnées
Direction	Nom de la personne	Coordonnées
<u>Direction Générale</u>	Coordonnateur territorial BRIEY : Denis MANGIN	☎ ligne directe : 03.82.22.75.54
<u>Direction Générale</u>	Correspondant territorial d'information Cindy CASANOVA MASOTTI <i>à partir du 05/09/05</i>	☎ ligne directe : 03.82.33.79.73
CAPEMM	Chargée de Développement – Comité d'Aménagement, de Promotion et d'Expansion de Meurthe-et-Moselle Sophie LEWANDOWSKI	☎ ligne directe : 03.82.33.79.71 e-mail : slewandowski@capemmn.com
Direction	Nom du référent	Autres Coordonnées
<u>Direction des Ressources Humaines</u>	Réfèrent Ressources Humaines Jean-Michel LACOSTE (à/c du 16/09/05)	TAMS 1 – Avenue de Lattre de Tassigny 54400 LONGWY ☎ 03.82.39.59.51
<u>Direction de la Logistique – Equipement Matériel</u>	Réfèrent Equipement Matériel Isabelle ROGUET	TAMS 1 – Avenue de Lattre de Tassigny 54400 LONGWY ☎ ligne directe 03.82.39.59.67 portable : 06.16.65.16.39
<u>Direction de la Logistique – Bâtiment</u> CAD – 48 rue du Sergent Blandan 54000 NANCY	Réfèrent Bâtiment Dridier SCHUMACHER	CAD – NANCY ☎ 03.83.94.53.05 fax : 03.83.94.53.32 portable : 06.17.71.24.67
<u>Direction de la solidarité et de l'action sociale – PID</u>	Réfèrent Jeunesse Florence KOWALEWSKI	TAMS 1 – Avenue de Lattre de Tassigny 54400 LONGWY
<u>Direction de l'Aménagement des Territoires – Transport</u>	Réfèrent Transport	TAMS 1 – Avenue de Lattre de Tassigny 54400 LONGWY
Direction de la solidarité et de l'action sociale - TAMS de BRIEY Maison de l'information – Avenue Albert de BRIEY – 54150 BRIEY Fax : 03.82.46.20.66		
<u>Responsable Territorial : Madeleine HERBE</u> ☎ ligne directe : 03.82.46.50.04	Secrétaires TAMS : Isabelle DE MASI ☎ ligne directe : 03.82.46.21.64	
Chargée de Mission Service Social : Sylvaine CARIGI : ☎ ligne directe : 03.82.46.01.94	Secrétaire Service Social : Jocelyne GADZINSKI ☎ ligne directe : 03.82.46.01.94	
Médecin de PMI : Véronique HILY Médecin P.M.I.TNC : Annick DEBLAIS	Secrétaire P.M.I. - Modes d'accueil : Véronique KASPRZAK ☎ ligne directe : 03.82.46.50.09	
Psychologue Equipe Spécialisée : Gaëlle FREZZA-BUET Assistante Sociale Agréments Assistantes maternelles : Geneviève OVINI	Secrétaire Coordination de l'Enfance : Laurence CIRILLO ☎ ligne directe : 03.82.46.50.08	
Chargé de Mission Protection de l'Enfance : HENRY Gilles ☎ ligne directe 03.82.46.50.06	Secrétaires : Sylvie KURPINSKI ☎ ligne directe : 03.82.46.50.05 Françoise BALDASSI ☎ ligne directe : 03.82.46.05.86 Martial ORAZI ☎ ligne directe : 03.82.46.57.50	
Agent d'entretien : Nicole HERMAN		

Annexe 5 : Liste des sigles et abréviations

ANPE : agence nationale pour l'emploi
 APA : allocation personne âgée
 API : allocation parent isolé
 ARH : agence régionale d'hospitalisation
 ASE : aide sociale à l'enfance
 ASSMAT : assistantes maternelles
 BCG : bacille calmette guérin
 CAF : caisse d'allocations familiales
 CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce
 CMS : centre médico-social
 CCAS : centre communal d'action sociale
 CCPD : commission consultative paritaire départementale
 CDOSF : conseil de l'ordre des sages-femmes
 CES : certificat d'études spécialisées
 CESC : comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
 CHR : centre hospitalier régional
 CHU : centre hospitalier universitaire
 CMU : couverture maladie universelle
 CP : consultations prénatales
 CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
 CPEF : centre de planification ou d'éducation familiale
 CSP : code de la santé publique
 DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
 DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales
 DIM : département d'information médicale
 DISAS : direction de la solidarité et de l'action sociale
 DPE : direction en charge de la protection de l'enfance
 DSHD : direction en charge des questions de la santé, du handicap et de la dépendance
 DPMI : direction de la PMI
 DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales
 DTP : diphtérie tétanos poliomyélite
 DU : diplôme universitaire
 EPE : école des parents et des éducateurs
 EPI : entretien précoce individuel
 ETP : équivalent temps plein
 FASQV : fonds d'aide à la qualité des soins de ville
 GRSP : groupement régional de santé publique
 HAS : haute autorité de santé
 HTA : hypertension artérielle
 IST : infection sexuellement transmissible
 IVG : interruption volontaire de grossesse
 MAP : menace d'accouchement prématuré
 MSA : mutualité sociale agricole
 PF : placement familial
 PRSP : programme régional de santé publique
 RAM : relais des assistantes maternelles
 REAAP : réseau d'écoute, d'appui et d'aide aux parents
 RC : responsable de circonscription
 REAP : réseau d'appui à la parentalité

RMI : revenu minimum d'insertion

ROR : rougeole oreillon rubéole

SF : sage femme

SROS : schéma régional d'organisation sanitaire

TAMS : territoire d'action médico sociale

TISF : travailleuse en intervention sociale et familiale

UDAM : unité départementale d'aménagement

URCAM : union régionale des caisses d'assurance maladie

URML : union régionale des médecins libéraux

VAD : visite à domicile

Réponses du président du conseil général de Meurthe-et-Moselle

Ces réponses n'appellent pas d'observation de la part de la mission

57

DIRECTION DE LA SOLIDARITE

ET DE L'ACTION SOCIALE

■ MISSION DE PROTECTION

MATERNELLE ET INFANTILE

Le - 7 SEP. 2006

Inspection générale des affaires
sociales
Section des rapports
A l'attention de Madame M.C. Bonnet-Galzy
25/27, rue d'Astorg
75008 PARIS

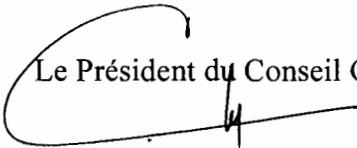
PMI/MD/BL/MCC/MMC 399-2006
Dossier suivi par : Dr M.C. COLOMBO
Médecin départemental de PMI
☎ 03.83.94.52.47



Madame,

Je vous prie de trouver ci-joint la note d'observations, rédigée par madame le docteur Colombo, médecin départemental de PMI, concernant le rapport provisoire du service départemental de protection maternelle et infantile de Meurthe et Moselle que vous nous aviez demandé d'étudier.

Je vous prie d'agréer, madame, l'expression de ma considération distinguée.


Le Président du Conseil Général,

Michel DINET

**Mission IGAS relative à la politique départementale de protection
maternelle et infantile Département de Meurthe et Moselle -
Observations du service enquêté**

Introduction

Comme le souligne le propos introductif du rapport, la qualité de la communication avec les inspecteurs de l'IGAS a permis de produire une analyse et une restitution fidèle de la philosophie de l'action publique menée en Meurthe et Moselle. Cette fidélité au sens de ce qui a été échangé n'empêche néanmoins pas quelques inexactitudes factuelles que le rapport contient encore. Ces erreurs peuvent être liées à la difficulté à communiquer avec suffisamment de précision, en un temps record, des données nombreuses et fort complexes qui caractérisent l'histoire, l'organisation, les actions et les ressources.

La procédure simplifiée contraint donc à apporter à posteriori ces rectifications afin d'étendre la fiabilité du propos à l'ensemble des réalités factuelles qu'il contient et ce faisant d'en souligner la cohérence d'ensemble. Ces données correctives font l'objet d'une première partie sous une forme peu attractive, dictée par le contexte.

Au-delà d'une appréciation portée par la mission IGAS et qui s'avère déjà globalement très positive, il convient peut-être de reformuler, à partir de l'expérience de la Meurthe et Moselle, ce qui dans le cadre d'une politique nationale renouvelée de promotion de la santé de la mère et de l'enfant aurait pu permettre d'être plus performant encore en assurant un cadre de référence plus porteur. Les freins et quelques axes d'amélioration qui en découlent seront cités dans la deuxième partie. Il ne peut être question dans ce contexte d'en développer le contenu.

Première partie : les corrections relatives aux données citées.

1. Sur l'organisation du service de PMI :

-les consultations prénatales en Meurthe et Moselle ne sont pas assurées exclusivement par les maternités mais aussi par l'ensemble des praticiens libéraux.

-au plan des relations avec les caisses d'assurance maladie, il s'est introduit dans le rapport une confusion entre l'histoire du tiers payant prénatal qui effectivement a été très largement anticipé par le secteur privé et associatif en Meurthe et Moselle (1930) par rapport à la mise en place de l'assurance maternité au plan national (1945) mais cela n'a pas eu d'influence sur le périmètre des remboursements qui ont toujours été, par la suite, limités aux strictes obligations légales à savoir un remboursement à 100% des examens devenus obligatoires partout.

La gestion administrative par le département du tiers payant prénatal jusqu'en 1997 avait simplement permis un plus grand systématisme dans l'intervention des sages-femmes de PMI auprès des femmes enceintes. C'est cette organisation qui a permis, à l'occasion de la remise du carnet de maternité assuranciel (différent de l'actuel carnet de santé de la grossesse), une visite systématique en début de grossesse, appelée « rencontre prénatale précoce » avec un taux de couverture populationnel de 70% préfigurant ainsi ce que l'objectif de systématisme d'un entretien individuel ou en couple au quatrième mois de grossesse souhaité par le plan périnatal peut signifier.

Il faut considérer comme un objet à part, le remboursement au département par les CPAM des actes de prévention réalisés dans le cadre de ses activités propres (et notamment les 20 examens postnatals obligatoires, le remboursement des bilans en école maternelle entrant dans le cadre de l'un des deux examens annuels auquel l'enfant a droit entre deux et six ans)

Le service de PMI n'a pas le statut d'une direction, la responsable de ce service est désignée par le terme de « médecin départemental de PMI » le terme de direction impliquerait un lien hiérarchique qui a été dissous dans la dynamique de la territorialisation. Le terme de « mission » mettant en valeur le rôle plus fonctionnel que structurel est préféré à celui de service. D'une manière plus générale, la direction de l'action sociale et de la solidarité est organisée en trois pôles qui correspondent aux grandes politiques publiques départementales : enfance – jeunesse – famille, personnes âgées - personnes handicapées et insertion et prévention des exclusions avec à côté le service social, le service en charge du budget et la conseillère technique. La PMI fait partie du pôle enfance – famille – jeunesse tout en restant sous l'autorité directe du directeur général adjoint en charge de la solidarité et de l'action sociale. Il existe 6 territoires d'action médico-sociale (TAMS) dirigés par un responsable de territoire (et non par le coordonnateur). Le médecin territorial de PMI est placé sous son autorité hiérarchique.

- Le sigle CCPD désigne la commission consultative paritaire départementale des assistantes maternelles et non le comité communal de prévention de la délinquance.

- Il convient de citer dans l'équipe départementale aussi les rédacteurs et adjoints administratifs qui assurent des fonctions logistiques vitales pour le fonctionnement des services territoriaux : ils sont organisés en bureaux « modes de garde », « gestion des certificats, avis de grossesse, avis de naissances, des consultations, des remboursements sécurité sociale », « la gestion du matériel et produits pharmaceutiques », « l'assistance à l'équipe de pilotage » (secrétariat, organisation des réunions, gestion de « dossiers départementaux » tels p.ex le référentiel de la mission, le dossier santé unique de l'usager, les CPEF etc.)

- Il serait plus précis de dire que la mission PMI est animée par un médecin départemental qui a la qualification juridique de « responsable de la PMI » sans que ce poste ne soit assorti d'un pouvoir hiérarchique sur les équipes de PMI territoriales. L'actuel médecin départemental occupe ce poste depuis deux ans après avoir été médecin de PMI territorial, le terme de responsable territorial est réservé au responsable de l'ensemble de l'équipe territoriale : il représente

un échelon hiérarchique qui s'interpose entre les médecins de PMI de territoire et le médecin départemental.

- le sigle CMS signifie « centre médico-social » et non « circonscription d'action médico-sociale ». La sage-femme ainsi que les médecins partagent leurs temps entre plusieurs CMS (le département en compte une cinquantaine)

- des priorités ont été fixées dans le domaine de la périnatalité et dans le domaine des dépistages réalisés en école maternelle. Autant ce dernier relève d'un projet interne au service qui a donc pu lui assigner des objectifs quantifiés de performance précis, autant les projets du domaine de la périnatalité sont éminemment partenariaux et à ce titre le service de PMI est considéré comme animateur mais pas réellement légitimé dans celui de gestion de projet. Les réseaux de périnatalité se sentent actuellement légitimés dans ce rôle mais les moyens pour le tenir font défaut. Il serait peu plausible de vouloir déterminer l'impact des seuls services de PMI (p.ex dans le domaine de la promotion de l'allaitement maternel sans inscrire cette action dans un cadre plus large au plan du partenariat mais aussi au plan régional).

- à propos de l'animation des services, il convient, dans un souci d'exhaustivité de mentionner également les réunions quatre fois par an des sages-femmes de PMI par la coordonnatrice : ces réunions permettent une réflexion, l'harmonisation des pratiques, l'échange autour de situations, l'information et la formation. Ceci permet de conforter ou de modifier les référentiels inhérents aux points abordés.

- Pour ce qui concerne le budget les précisions suivantes sont apportées :

Pour 2004, grâce à la nomenclature budgétaire M52, contrairement aux années précédentes, l'appréhension de la totalité des dépenses (dépenses de fonctionnement et dépenses de personnel) est possible : les dépenses 2004 s'élevaient ainsi à 8 383 923 euros soit 1,87 % du budget du département. Les dépenses directes de 2004 se montaient à 2 449 721 euros, tandis que les dépenses indirectes (frais de personnel) étaient de 5 934 202 euros.

Pour les années précédentes, seules les dépenses directes ont pu être recueillies dans la comptabilité :

1 760 700 euros en 1990

2 408 516 euros en 2002

2 451 298 euros en 2003

Ces éléments, hors dépenses en personnel, montrent une forte progression entre 1990 et 2002 (+ 37%), puis une stabilisation.

- à propos de l'adéquation missions moyens, il convient de signaler que comme pour les puéricultrices, la PMI dispose d'un relevé d'activité des sages-femmes (nombres d'interventions dans le cadre de la planification, de la maternité, de la protection infantile, motifs des interventions, répartition des intervention selon l'âge de la grossesse).

- à propos des redéploiements dans le cadre de l'étude « rééquilibrage de la charge de travail », il est inexact de dire que les redéploiements n'ont pu être engagés puisqu'ils ont été réalisés en partie.

- les « dossiers » pour les enfants à risque médical et /ou social font l'objet d'un suivi avec fixation d'objectifs pour le travail d'accompagnement par la puéricultrice et de partage des responsabilités quand aux décisions au sein de l'équipe de PMI. Ils servent aussi d'outil de travail pour les équipes de PMI lorsque des suivis sont partagés avec les collègues du service social ou de l'ASE.

Le dossier de santé de l'utilisateur en PMI a pour finalité une plus grande lisibilité de l'action de l'équipe de PMI, une meilleure garantie des droits de l'utilisateur pour accéder à l'information les concernant, une meilleure transparence de la chaîne de responsabilité des intervenants de la PMI. Ce dossier n'a pas vocation à être informatisé.

2. L'activité d'éducation et de planification familiale

Une seule remarque concernant le tableau : le recueil concernant l'année 2004 n'était pas complet au moment du passage de la mission, il manquait deux rapports d'activité qui sont intervenus depuis.

A côté du groupe de réflexion sur la contraception, un autre groupe a travaillé sur le bilan dans le cadre des infections sexuellement transmissibles.

Le rendu compte de la réflexion de ces groupes sera fait en réunion annuelle de l'ensemble des centres.

3. Les activités en périnatal

- L'institution ayant joué un rôle précurseur en Meurthe et Moselle dans le suivi prénatal est « l'office d'hygiène sociale » et non « l'office d'hygiène publique », justement cet organisme avait un caractère associatif. Le taux d'équipement du département en sages-femmes est un héritage de l'action de santé publique préventive conçue dans le cadre de l'OHS et explique pourquoi il est en décalage avec des normes conçues comme des normes minimales par le décret de 92 au regard de la situation moyenne de la France à cette époque.

- l'intervention de la sage-femme de liaison sur Nancy et agglomération concerne l'ensemble des sorties de maternité et n'est pas réservée aux sorties précoces, sa fonction n'est pas conçue pour permettre aux établissements d'en élargir les indications et surtout de les dispenser de la mise en œuvre du protocole prévu dans le cadre des recommandations.

- les sages-femmes de PMI informent sur la contraception, mais ne la prescrivent pas.

4. les activités concernant le jeune enfant

- La baisse de l'activité de consultation dans le département n'est pas volontaire : la rémunération des médecins vacataires ne contribue pas à

valoriser efficacement cette activité et il devient très difficile de trouver un remplacement par des collègues libéraux.

Le taux de couverture de 50% des enfants sur le secteur de Briey semble lié à une erreur d'interprétation, il serait plus proche de 15% en réalité.

- l'affirmation de la rareté des animations en salle d'attente peut étonner : au contraire elles sont fréquentes et fortement valorisées comme autant d'ouvertures possible sur la vie de quartier ou du village. Les interventions d'acteurs du domaine culturel ou des loisirs, associatifs ou professionnels intéressés (partenaires de la pédopsychiatrie notamment) sont très fortement soutenus. La consultation de PMI offre ainsi une occasion de socialisation à côté de sa vocation médicale et éducative: fidèle en cela aux trois fonctions assignées aux toutes premières consultations de nourrissons dès la fin du dix-neuvième siècle même si la nature des préoccupations a subi quelques changements....

- Le CAMSP spécialisé de Nancy est un CAMSP pour troubles de l'audition (et non de la vision)

- Le suivi santé des enfants de la pouponnière départementale est actuellement assuré par un médecin de PMI dans l'attente d'un recrutement de médecin par l'ASE. Ce médecin de PMI intervient en médecine de liaison et de prévention et a développé une médecine de soins relationnels ayant fait d'ailleurs l'objet de publications de plusieurs ouvrages relatant cette expérience en PMI et à l'ASE.

- les 4155 heures médicales consacrées aux bilans en école maternelle représentent l'ensemble des heures médicales (des médecins salariés et des médecins vacataires); un bilan sensoriel élargi peut être aussi un choix d'organisation sur certains secteurs faute de médecin disponible, c'est l'acte de consultation qui fait l'objet d'une cotation et non la prescription qui en résulte éventuellement,

- l'outil utilisé pour le dépistage est intitulé ERTL4 (épreuve de repérage de troubles du langage à 4 ans) et a été validé après une étude épidémiologique conduite en 1996 avec la contribution de l'école de santé publique. Son auteur est Mme Brigitte Roy, orthophoniste enseignante.

Une enquête menée en 2006 auprès des médecins départementaux de PMI dont 61 ont répondu, montre qu'il est en usage dans 59 départements. Aucun autre test ne réunit actuellement à ce point facilité d'usage, convivialité et efficience. Il a donc connu aussi une diffusion importante par les pédiatres libéraux.

- DIALOGORIS est une méthode mise au point par trois auteurs orthophonistes postérieurement à ERTL4 (par Mme Françoise Ercolani, Mme Roy Stéphanie et Mme Paulette Antheunis). Elle peut être utilisée plus précocement (dès la naissance) et vise l'observation du développement du petit enfant et des comportements de communication des adultes qui s'en occupent, elle est fondée sur le dialogue avec l'enfant et les parents, d'où son appellation.

Deuxième partie : la PMI, un service départemental mais aussi un dispositif national

Pour accompagner la phase de décentralisation un texte remarquable de cohérence et de limpidité avait décrit sous la forme d'une circulaire le rôle et les missions des services départementaux de PMI : la circulaire de mars 1983 signée par le ministre de la santé de l'époque, M. Jack Ralite. Dans cette circulaire « le rôle central des services de PMI » est présenté comme un levier

d'action pour améliorer la santé des jeunes, des femmes enceintes et du petit enfant.

Vingt ans plus tard, apparaît la nécessité de repositionner la PMI dans son rôle.

Comment ne pas faire le rapprochement aussi avec la suggestion de la cour des comptes qui en 2005, analyse les failles des plans périnataux successifs par une insuffisante prise en compte effective de la dimension préventive et estime nécessaire de « réaffirmer la place et les missions de la PMI dans la coordination de la politique périnatale locale » ?

Que s'est-il passé ou pas, entre 1983 et 2005, pour que l'on en soit à préconiser les mêmes remèdes à un état des lieux qui pourtant n'a plus rien de comparable ?

Le paysage institutionnel s'est considérablement « modernisé » dans cet intervalle de temps. Comme dans d'autres champs, et le rapport de l'IGAS le souligne, les actions sanitaires de prévention sont partagées et tendent à s'organiser au plan régional sans que pour autant ne trouve à s'organiser à ce stade un recueil commun de statistiques issues des certificats de santé et des bilans en école maternelle. Il y a probablement là un chantier à investir. Sur le même registre, la PMI, gagnerait à plus croiser et exploiter au niveau national les outils dont elle dispose (certificat de santé, carnet de maternité...) et les conseils généraux à être plus étroitement associés aux plans périnataux successifs.

Ainsi, rien ne s'opposait et rien ne s'oppose structurellement à reconnaître les actes de prévention réalisés en organisant mieux leur remboursement par les caisses de sécurité sociale, rien ne s'oppose à mieux exploiter et à moderniser si nécessaire les outils d'observation et d'évaluation de la santé. Il est toujours possible de préconiser des mesures de généralisation des outils d'éducation pour la santé, de soutenir l'utilisation effective par le corps médical des outils de suivi individuel tel le carnet de santé de la grossesse et de l'enfant, d'organiser des journées techniques du dispositif PMI en y associant d'autres acteurs, d'éviter de réserver aux départements dans les instances régionales, une place facultative plus ou moins accrochée aux apports financiers que cela implique.

L'une des problématiques récentes relevées au plan départemental était que l'instauration de la carte vitale a conduit à cesser l'envoi d'un système d'étiquettes qui faisait office de rappel auprès des usagers en leur indiquant les échéances des examens de santé. Cela a eu pour conséquence une moindre connaissance de l'existence de ce dispositif préventif pour les enfants tant par les parents que par les professionnels libéraux.

Le fait que l'assurance maternité couvre les 20 examens de santé de l'enfant devient une notion presque confidentielle ! C'est le souhait des caisses lors d'une mise en place de la télétransmission des feuilles de soin qui a permis de les ré-intéresser au système de remboursement institué, mais pour des motifs organisationnels et non de philosophie d'action conjointe. Il n'a pas été possible d'obtenir via le groupe de travail ministériel chargé de concevoir le

nouveau carnet de santé de la grossesse l'inscription même discrète de cette information.

De l'avis de la Défenseure des enfants le système serait performant, mais elle identifie un problème au regard de l'inégale réalisation de ce système. Alors qu'est-ce qui peut améliorer la réalisation du système en place ?

Comment l'action de la Meurthe et Moselle peut-elle éclairer cette question ?

La mission IGAS donne une appréciation positive à très positive de l'action menée : malgré les sources de difficultés citées, les facteurs de résilience ont deux racines :

- du côté d'une continuité de l'histoire locale marquée par une culture de santé publique et du partenariat, une réceptivité à la philosophie de l'action de la PMI, une organisation qui a permis l'émergence de ses projets et en a soutenu la réalisation effective, inscrivant ses actions dans le projet politique départemental.
- des moyens investis dans l'action qui sont bien supérieurs aux normes nationales même s'il s'agit des normes minimales.

En contribuant à la santé et à limiter les effets des inégalités des conditions de santé, les départements offrent une infrastructure adaptée au contexte local et contributive à la solidarité nationale : resteraient à négocier des objectifs globaux et à donner davantage d'effectivité aux dispositions de droit commun du CSP qui énonce que l'Etat, les collectivités territoriales et les caisses d'assurance maladie contribuent à la protection de la santé maternelle et infantile.



Docteur M.C. Colombo
Médecin départemental de PMI
Conseil général de Meurthe et Moselle