

Inspection générale
de la Ville de Paris

n° 06-05

Inspection générale
des affaires sociales

n° RM 2006-180A

**Mission d'étude relative à la politique départementale
de protection maternelle et infantile**

Département de Paris

Rapport définitif

Rapport présenté par :

Danièle JOURDAIN-MENNINGER
Inspectrice générale des affaires sociales

François GUICHARD
Inspecteur général de la Ville de Paris

Rémi LONG
Chargé de mission
Inspection générale de la Ville de Paris

Juillet 2007

SOMMAIRE

Rapport initial1 à 56

Annexes du rapport initial.....1 à 41

Le présent rapport a été modifié pour tenir compte des observations de la direction des familles et de la petite enfance et de la direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé

Sommaire

INTRODUCTION	4
PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DU DEPARTEMENT ET ORGANISATION DE LA PMI	6
1.1 DONNEES DEMOGRAPHIQUES ET CARACTERISTIQUES SOCIALES	6
1.2 L'ORGANISATION DE LA PMI A PARIS	6
1.2.1 Des orientations stratégiques récentes.....	6
1.2.2 Deux directions devenues compétentes pour les activités de PMI	7
1.2.3 Un service départemental de PMI en cours d'évolution	8
1.2.4 Un personnel de PMI aux statuts multiples.....	9
1.2.5 Une réorganisation nécessaire pour s'adapter aux évolutions de la population parisienne	10
1.2.6 Des relations partenariales multiples	11
1.2.7 Des systèmes d'information encore insuffisants, rendant la gestion et l'évaluation plus difficiles ..	13
1.3 LES NORMES SONT GLOBALEMENT RESPECTEES	14
1.4 DES ELEMENTS D'EVALUATION BUDGETAIRE	16
1.4.1 La dépense totale de la PMI.....	16
1.4.2 Une mesure encore trop centralisée des coûts analytiques de fonctionnement.....	17
1.4.3 Le coût de la protection maternelle déléguée.....	17
DEUXIEME PARTIE : LA PLANIFICATION ET L'EDUCATION FAMILIALE	19
2.1. LA CLIENTELE SE DIVERSIFIE	19
2.2. LA MESURE DE L'ACTIVITE DONNE DES RESULTATS INEGAUX	20
2.3. LES THEMES ABORDES DANS LES CEPF SONT MARQUES PAR LA MEME EVOLUTION QUE DANS LES AUTRES DEPARTEMENTS	20
TROISIEME PARTIE : LA PROTECTION MATERNELLE	22
3.1. UN SUIVI DE GROSSESSE DELEGUE AUX MATERNITES	22
3.2. DES ACTIONS DE SOUTIEN A LA PARENTALITE	23
QUATRIEME PARTIE : LA PROTECTION INFANTILE	26
4.1. LA MESURE DE L'ACTIVITE	26
4.1.1 Une difficulté croissante à donner une priorité aux très jeunes enfants	26
4.1.2 L'articulation de la PMI avec les maternités est réelle.....	26
4.2. LES VISITES A DOMICILE CONCERNENT UN NOMBRE CROISSANT DE FAMILLES	27
4.3. LE SOUTIEN AUX PARENTS EST COMPLETE PAR UN ACCUEIL ET DES ACTIVITES MEDICO ET PSYCHO-SOCIALES	28
4.3.1 Les actions collectives sont variées.....	28
4.3.2 Le soutien aux parents d'enfants handicapés est en progression.....	28
CINQUIEME PARTIE : LES MODES DE GARDE	30
5.1. LES MODES DE GARDE INDIVIDUELS	30
5.1.1 Un circuit de sélection lourd.....	30
5.1.2 Un suivi éducatif	31
5.1.3 Une charge de travail non négligeable	31
5.2. LES MODES DE GARDE COLLECTIFS.....	32
5.2.1 Une procédure d'agrément très lourde	32
5.2.2 La répartition de la responsabilité de l'agrément.....	33
SIXIEME PARTIE : LA SANTE SCOLAIRE	34
6.1. UNE ORGANISATION BIPARTITE DU SERVICE DES ACTIONS MEDICO-SOCIALES SCOLAIRES.....	34
6.1.1 Deux domaines d'intervention pour le service de santé scolaire	34
6.1.2 Le coût pour le département de Paris.	35
6.1.3 Une compétence étendue	36

6.2.	L'ARTICULATION DES MISSIONS DE LA MEDECINE SCOLAIRE PARISIENNE AVEC LA PMI	38
6.2.1.	<i>L'articulation des missions entre la PMI et le SAMSS est réelle</i>	38
6.2.2.	<i>Les résultats obtenus</i>	38
6.3.	LA REALISATION DES BILANS DE SANTE.....	39
6.3.1.	<i>Les bilans de santé sont systématiques à des âges charnières du cursus scolaire</i>	39
6.3.2.	<i>Les bilans de santé obligatoires`</i>	39
6.3.3.	<i>Les examens cliniques effectués à la demande</i>	40
6.3.4.	<i>Les dépistages systématiques ciblés au cours du bilan de santé</i>	41
6.3.5.	<i>Les actions de protection en faveur des élèves</i>	41
	SEPTIEME PARTIE : L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE.....	43
7.1.	LE SUIVI SANITAIRE DES ENFANTS DE L'ASE	43
7.1.1.	<i>Une organisation diffuse</i>	43
7.1.2.	<i>Des études sur la santé des enfants de l'ASE</i>	45
7.1.3.	<i>La « cellule santé » a pour missions le suivi médical des enfants de l'ASE et le soutien aux professionnels de santé</i>	46
7.1.4.	<i>La mesure de l'activité</i>	47
7.2.	LES LIENS AVEC LES AUTRES SERVICES	47
7.2.1.	<i>Des difficultés liées au positionnement géographique</i>	47
7.2.2.	<i>Des liens fréquents mais peu formalisés entre l'ASE (DASES) et la PMI (DFPE)</i>	47
7.2.3.	<i>Des liens étroits entre l'ASE (DASES) et la santé scolaire (DASES)</i>	48
7.2.4.	<i>Des liens développés par la cellule santé avec d'autres partenaires</i>	48
	HUITIEME PARTIE : RECOMMANDATIONS.....	50
8.1.	POURSUIVRE LES OBJECTIFS DE RATIONALISATION DES SERVICES DE PMI ENVISAGES PAR LA DIRECTION EN CHARGE DE LA PMI	50
8.2.	AMELIORER LE SUIVI DES FEMMES ENCEINTES.	51
8.3.	CONTINUER A AMELIORER LE DISPOSITIF DE LA PROMOTION DE LA SANTE DES ENFANTS	51
8.4.	DYNAMISER LA GESTION DES MODES DE GARDE.....	52
8.5.	ELARGIR ET RENDRE PLUS ACCESSIBLE LE DISPOSITIF D'EDUCATION ET DE PLANIFICATION FAMILIALE..	53
8.6.	ASSURER UN SUIVI PLUS FORMALISE DE L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION ACCUEILLIE PAR L'ASE ET DEVELOPPER LE PARTENARIAT ENTRE SERVICES.....	53
8.7.	CONSOLIDER LA MEDECINE SCOLAIRE	54
	CONCLUSION.....	55

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 des 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.

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 de l'IGAS – effectuée par Bernadette ROUSSILLE et Danièle JOURDAIN MENNINGER - et de l'Inspection générale de la Ville de Paris, effectuée par François GUICHARD et Rémi LONG. C'est l'objet du présent rapport. Chaque département donne lieu à un rapport de site avec procédure contradictoire (pour Paris, la procédure a été celle en vigueur à l'IGVP). Le rapport de synthèse reprend les constats majeurs et propose des recommandations.

Dans le département de Paris, la mission sur le terrain s'est déroulée principalement en juin et septembre 2006. Des contacts complémentaires ont eu lieu en octobre 2006. Le planning de travail de la mission et la liste des personnes rencontrées figurent en annexe I.

Les membres de la mission tiennent à souligner :

- la qualité de l'accueil des responsables administratifs et élus du département,
- 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 par la mission quant à la mise en œuvre des compétences de la politique de protection maternelle et infantile dans le département de Paris 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 de la PMI

Le département de Paris présente la particularité d'articuler des compétences départementales et municipales. S'il est vrai que ces modalités d'organisation ne facilitent pas la lisibilité d'un dispositif qui, en outre, assure également la santé scolaire, cette unité d'approche permet d'en renforcer la cohérence, et par voie de conséquence, l'efficacité.

En 2004, la population de Paris comptait 2 142 800 habitants, soit une augmentation de 0,8% par rapport au dernier recensement de 1999.

1.1 Données démographiques et caractéristiques sociales

Le taux de natalité de 14,8 pour 1000 habitants est voisin du taux national (12,7 en 2003)¹, le nombre de naissances domiciliées dans le département en 2004 est de 32 000 (soit une augmentation de 1,03 % par rapport à 2003). En 2004, la population des moins de 6 ans était estimée à 138 204 enfants.

Les caractéristiques sociales montrent une répartition de la population contrastée² : en 2004, selon la Direction des familles et de la petite enfance (DFPE), « Les familles monoparentales représentent 26% des familles parisiennes (17% France entière) qui constituent elles-mêmes 41% de la population parisienne».

Le nombre d'allocataires ayant au moins un minima social³ est de plus de 83.000, dont 60 000 bénéficiaires du « Revenu Minimum d'Insertion » (RMI), et 4000 bénéficiaires de « l'allocation de parent isolé » (API).

1.2 L'organisation de la PMI à Paris

1.2.1 Des orientations stratégiques récentes

Les orientations stratégiques du service, présentées par l'élue en charge de la petite enfance au Comité Technique Paritaire (CTP) de la DFPE en 2005, privilégient l'objectif de mieux cibler des orientations en faveur des familles (développement des modes d'accueil), de la santé et du développement des enfants, et de la planification familiale⁴.

La volonté de la Direction des familles et de la petite enfance, en charge de la PMI, est de moderniser, recentrer et évaluer l'activité et les pratiques professionnelles. La période pendant laquelle s'est déroulé le contrôle est trop proche de la rédaction de ces documents pour en apprécier réellement la portée. Néanmoins, la mission a pu constater, lors de ses déplacements

¹ annexe III, tableau 1

² annexe III, tableau 2

³ (Revenu minimum d'insertion- RMI-/Allocation Adultes handicapés-AAH-/Allocation parents isolés-API-)

⁴ « éléments de réflexion pour une évolution réussie » document rédigé à l'attention des cadres, et « plan d'action 2005-2007 »

sur le terrain, que la stratégie initiée commençait à être appropriée par les professionnels de la PMI.

Le service de PMI de Paris est compétent pour la protection infantile, les modes d'accueil et de garde et la planification et l'éducation familiale.

Les activités de planification familiale sont soit en gestion directe (deux centres) soit en gestion déléguée à l'assistance publique/hôpitaux de Paris, (AP-HP)⁵, à des associations, ou à des mutuelles⁶.

Les activités de protection maternelle sont déléguées aux maternités de l'AP-HP et à une clinique participant au service public hospitalier, la clinique des métallurgistes. Le département met à la disposition de ces maternités du personnel administratif pour assurer l'ouverture et l'exercice des droits de protection sociale et des sages-femmes qui interviennent en appui à domicile. Il assure par ailleurs la prise en charge totale (pour les non assurées sociales) ou partielle (pour les assurées sociales sans mutuelle) du coût de suivi de grossesse.

La délégation de gestion des activités de planification familiale et de protection maternelle dans les maternités de l'AP-HP est le reflet d'une approche ancienne, plutôt de nature sanitaire, et qui intègre de manière inégale les difficultés sociales d'une partie des bénéficiaires de ces politiques publiques.

1.2.2 Deux directions devenues compétentes pour les activités de PMI

Pour rendre plus efficace et plus visible l'orientation stratégique en direction des familles et des jeunes, la direction des affaires sociales de l'enfance et de la santé (DASES), a été scindée en deux et une nouvelle direction des familles et de la petite enfance (DFPE) a été créée en 2004.

La nouvelle direction permet ainsi d'avoir une approche cohérente et complémentaire de la petite enfance entre PMI et établissements de garde, entre services municipaux de la petite enfance et secteur départemental de la PMI.

L'organigramme de la DFPE recouvre quatre champs d'activités:

- Les services généraux de la DASES, transitoirement communs, notamment pour la gestion des médecins, des psychologues, des sages-femmes et des secrétaires médico-social, des assistants sociaux et des conseillers socio-éducatifs ;
- Les établissements de la petite enfance avec quatre bureaux gestionnaires (personnel, travaux, gestion municipale et gestion associative) ;
- La protection maternelle et infantile avec un service départemental, dirigé par un médecin-chef, et un bureau chargé de la mise œuvre administrative et financière ;
- La famille avec une mission chargée de renforcer la connaissance, l'accompagnement et l'information des familles parisiennes.

Sur le plan territorial⁷, le partage des missions est très **hiérarchisé** : au niveau départemental, les médecins de PMI encadrent les actions et les équipes de terrain, concernant les activités de PMI, la protection de l'enfance, le suivi sanitaire des modes de garde, la coordination des actions sanitaires.

Au niveau municipal, les coordinatrices de crèches encadrent les responsables d'établissements de la petite enfance. Elles assurent conjointement avec les médecins

⁵ convention signée en 1996 entre l'AP/HP et le département de Paris

⁶ convention de 2005 avec la mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN)

⁷ idem

d'arrondissement l'encadrement des équipes de PMI (consultations infantiles, puéricultrices de secteur).

Par ailleurs, l'organisation se double d'une séparation « **fonctionnelle** » : la gestion des établissements de petite enfance est assurée par le bureau de gestion des crèches et la gestion des centres de PMI par le bureau de la PMI ; la responsabilité technique par le médecin-chef de PMI à la tête du service départemental, conformément aux textes.

Enfin, la DASES « nouvelle formule » conserve les missions relatives à l'aide sociale à l'enfance et la santé scolaire, qui, dans le département de Paris, ne relève pas de l'Education Nationale.

La répartition des activités et des missions reste néanmoins complexe, dans la mesure où la PMI et les établissements de garde se partagent les personnels départementaux et municipaux⁸. La DFPE, dans son document stratégique « *élément de réflexion pour une évolution réussie* » cité supra, indique : « *l'absence de séparation organisationnelle des fonctions municipales et départementales, exercées par les mêmes acteurs, exige une grande rigueur dans les procédures, notamment pour les médecins. Du fait de la puissance du secteur municipal, il importe d'assurer l'indépendance de leur exercice de la compétence départementale* ».

Appréciation de la mission d'inspection

Pour la mission d'inspection, les différents travaux engagés pour analyser les tâches devront rapidement déboucher sur l'élaboration d'une convention entre les services, notamment en raison de l'imbrication budgétaire entre la ville et le département.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, la DFPE a formulé les observations suivantes :

« Plutôt qu'une convention entre les services départementaux et municipaux suggérée par la mission, la DFPE entend clarifier à une échéance prochaine (juin 2007) les rôles respectifs des médecins de PMI (recentrés sur la protection maternelle et infantile et sur l'agrément et le contrôle des modes de garde collectifs) et des coordinatrices qui seraient plus strictement dédiées au secteur municipal (établissements d'accueil de la petite enfance), en organisant de façon précise les modalités d'une collaboration entre ces acteurs. »

La mission maintient qu'elle privilégie la nécessité de conventions qui engagent fortement les services et permettent de clarifier les rôles et les responsabilités de chaque opérateur.

1.2.3 Un service départemental de PMI en cours d'évolution

Au niveau central, le service départemental est dirigé par un médecin-chef de PMI, assisté d'une adjointe.

Sont placés auprès du médecin-chef et de son adjointe :

- 20 médecins d'encadrement ou « d'arrondissement » répartis sur 15 secteurs (regroupant les vingt arrondissements parisiens) qui sont chargés de mettre en œuvre les programmes de santé publique, de promotion de la santé et de prévention sur leurs territoires d'intervention ainsi que de participer à l'élaboration et à l'exécution de la politique du service. Ils encadrent l'activité de 39 médecins titulaires (dits également « médecins de secteur ») et de 93 vacataires affectés sur leurs territoires ;
- un médecin gynécologue chargé d'assurer une fonction de pilotage et de coordination de la politique de protection maternelle et de planification familiale ;

⁸ Exemple des personnels médicaux affectés à la fois aux établissements, aux consultations de PMI et à l'agrément des assistantes maternelles

- deux sages-femmes cadres supérieurs chargées de participer à l'élaboration et à l'exécution des actions de planification et de périnatalité du service et d'encadrer l'activité des sages femmes de terrain ;
- un médecin pédiatre spécialisé en santé publique chargé d'assurer l'évaluation des actions du service et de participer à la conduite des programmes du service ;
- un psychologue coordonnateur.

1.2.4 Un personnel de PMI aux statuts multiples

Une douzaine de catégories de personnels intervient en tant qu'agents de PMI, avec une imbrication des missions départementales et municipales⁹. Les principales difficultés sont liées au recrutement des médecins de PMI, même si l'application des dispositifs de la loi SAPIN sur la résorption de l'emploi précaire devrait permettre d'améliorer sensiblement cette situation¹⁰.

Le nombre d'ETP au siège, c'est-à-dire dans les services centraux, en charge de la PMI s'établit en 2006 à :

- 29,6 ETP au bureau de la PMI dont 5 cadres (3 administratifs et 2 inspectrices techniques en charge du service social de PMI- agrément des assistantes maternelles-)
- 15,8 ETP au service de la PMI dont 6 médecins, 1 psychologue, 2 sage femmes, 1 diététicienne et 6 administratifs (catégorie C).

L'organisation territoriale de la PMI est établie sur une base administrative

Les rééquilibrages territoriaux en cours ou en projet, suite aux études d'évaluation des besoins initiées en 2006, devraient permettre un rééquilibrage en direction des arrondissements de l'est parisien, pour des raisons démographiques et sociales.

Les tableaux qui figurent en annexe montrent que l'intensité du travail, et notamment le nombre de visites à domicile (VAD), et de l'encadrement, est surtout palpable dans les arrondissements de l'est parisien.

Le rôle du médecin d'encadrement de PMI (= médecin d'arrondissement) est d'assurer la coordination de l'activité des médecins et des professionnels du service et de mettre en œuvre des partenariats internes avec les autres services de la collectivité (ASE, service social). Toutefois, le médecin d'arrondissement ne coordonne pas les actions menées au sein du service social de PMI, chargé de l'agrément et du suivi des assistantes maternelles.

Exemple d'une structure de base dite « PMI de secteur »

Les « PMI de secteur » sont composées d'équipes fonctionnelles. Les rapporteurs, lors de leur visite dans les locaux des puéricultrices du 10^{ème} arrondissement, ont pu analyser le fonctionnement local d'une « **PMI de secteur** » et constater :

- **une équipe locale de PMI sectorisée**, composée d'un médecin d'arrondissement, de six puéricultrices de secteurs, responsables de six secteurs dans le 10^{ème} (en principe les mêmes que ceux des assistantes sociales du service social polyvalent, mais avec moins de rigidité, car une famille suivie en PMI et qui change de secteur au sein du 10^{ème} est toujours suivie par la même puéricultrice), et d'une puéricultrice coordinatrice (à la fois des directrices de crèches et des puéricultrices de secteur) ;

-

⁹ annexe VI, les missions du bureau de PMI

¹⁰ 25 psychologues et 35 médecins, anciennement vacataires, ont été titularisés

- **deux visites à domicile par puéricultrice et par jour.** En 2004, plus de 330 enfants sur 460 enfants à risques, ont été vus à domicile au moins une fois (soit 73%), 59 enfants ont fait l'objet de plus de trois visites à domicile. Les puéricultrices de secteur sont, parmi les personnels de santé et les travailleurs sociaux, celles qui se rendent certainement le plus au domicile des usagers ;

- **un service social de la PMI chargé de l'agrément des assistantes maternelles**, en charge, des 3^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements. Le 10^{ème} compte environ 300 AM, supervisées par trois AS de PMI, un cadre, 2 médecins titulaires et 1 psychologue.

- **des avis de grossesse générant systématiquement un courrier** informant les femmes de l'existence de la PMI ;

- **des avis de naissance sans indication du domicile** (exigence de la CNIL), obligeant à retrouver cette information par plusieurs sources : un « tri » PMI effectué par la DFPE à partir de trois critères (mère très jeune, mère primipare de plus de 40 ans, déclaration tardive de grossesse supérieure à trois mois), par un « tri » maternité, au vu du certificat dit du 8^{ème} jour (mais en fait rédigé lors de la sortie de maternité de la mère), par le biais des médecins de ville, des assistantes sociales, de l'école, etc ;

- **l'intervention** d'un pédo-psychiatre se déplaçant à domicile et apportant ainsi une aide précieuse pour le suivi des mères dépressives. Ce médecin, qui ne dépend pas de la PMI mais de l'intersecteur de psychiatrie, travaille étroitement avec le service de PMI.

1.2.5 Une réorganisation nécessaire pour s'adapter aux évolutions de la population parisienne

- **Les circonscriptions ne sont pas homogènes du point de vue de la population couverte et des moyens alloués.**

Le service social polyvalent (SSP) du Département est organisé en vingt circonscriptions. L'ASE comporte 13 secteurs d'intervention qui ne sont pas décentralisés. Le service de PMI est organisé en 14 secteurs.

Par ailleurs, on observe un accroissement important de la fréquentation des centres de PMI, dû à plusieurs phénomènes croisés : la rareté des généralistes et pédiatres de quartier (départ à la retraite ou prises de rendez-vous lointaines) ; à l'inverse, l'attraction exercée par des centres de PMI accueillants, offrant une prise en charge globale de la mère et de son enfant, à des catégories sociales variées (phénomène de mixité sociale observé depuis une dizaine d'années dans les centres et confirmé par l'enquête lancée par la DFPE sur les bénéficiaires des centres de PMI) ; les sorties précoces des maternités parisiennes (J+3) ; les centres de PMI restant le recours des familles en difficulté (importante fréquentation des consultations par des populations migrantes, en situation de précarité, notamment dans l'est de la capitale.)

Le département de Paris s'est engagé depuis 2005 dans un travail de redéfinition des besoins en psychologues et en médecins qui s'est traduit par le lancement d'un ambitieux plan de recrutement. Ainsi, en 2007, deux concours seront organisés qui seront ouverts pour 17 postes de médecins et 13 postes de psychologues.

- **L'organisation territoriale, fondée sur l'unité territoriale, doit faire l'objet d'une refonte**

L'objectif de la direction est de réorienter les personnels en fonction des besoins, pour « recentrer » les médecins de PMI sur des secteurs géographiques cohérents.

On note que certains arrondissements sont bien pourvus en médecins de ville, d'autres moins. A cela, s'ajoute une pénurie de pédiatres en ville et de médecins de PMI. Le document stratégique de la direction « éléments de réflexion pour un évolution réussie » précise : « *malgré de nombreux efforts pour susciter une politique de recrutement adaptée aux nécessités du service, les moyens humains, notamment en médecins et en psychologues, ont été, et restent très en retrait des réels besoins du service. Du point de vue statutaire, l'absence de postes de médecins et de psychologues titulaires, a empêché la constitution de corps professionnels engagés dans une politique de santé territoriale effectivement structurée, comme dans les autres collectivités* ».

L'objectif de la DFPE, en relation avec les services sociaux, est de rééquilibrer la répartition des médecins de PMI entre les vingt arrondissements, afin d'éviter les « doublons » avec la médecine de ville, de refondre le découpage des médecins de secteur, dont l'éparpillement pose problème (parfois deux médecins sur deux secteurs).

Les études en cours relatives à l'analyse des tâches des coordinatrices de PMI devraient permettre de mieux mettre en rapport le plan de charge des professionnels avec la réalité des missions et de l'activité.

L'objectif de la DFPE est bien, compte tenu des recrutements de médecins envisagés en 2007 de rééquilibrer la répartition des médecins de PMI entre les arrondissements. Les services sociaux ne sont pas concernés par cet objectif.

Les analyses en cours, relatives aux tâches des coordinatrices mais aussi des médecins d'arrondissement, devraient aboutir à recentrer le rôle de ces acteurs sur leurs missions prioritaires, à clarifier les modalités de leur collaboration et à permettre un redéploiement de ces professionnels conforme à l'évolution constatée des besoins.

1.2.6 Des relations partenariales multiples

Elles concernent les structures pour lesquelles le département a délégué la gestion (AP/HP pour la protection maternelle et une partie de la planification familiale, associations ou mutuelles gérant la planification familiale), ainsi que la participation à la politique régionale de santé.

Pour la gestion déléguée, les relations avec les délégataires sont relativement distendues (voir infra partie 3-1), le contrôle par les médecins de PMI inexistant, et l'évaluation, par la Direction, du service rendu serait à initier. D'ailleurs, dans sa réponse au rapport provisoire la DFPE admet que « *les contrôles exercés sur ces structures par le bureau de la PMI sont essentiellement administratifs et financiers.* »

Sur le second point « *la P.M.I. participe et a participé à des instances régionales de santé : commission régionale de la naissance (2000- 2003 : pilotage d'un groupe de travail pour l'amélioration de la prise en charge des bébés présentant des risques de troubles de développement d'origine néonatale, et visant la mise en place de réseaux de soins ville-hôpital (Rapport accessible sur le site de la D.R.A.S.S.I.F.). Elle participe à la prévention du saturnisme infantile : participation au comité de pilotage du Système de Surveillance du Saturnisme Infantile en Ile de France (SSILF) depuis sa création, participation à des groupes de travail dans le cadre des Conférences régionales de Santé. Elle participe à la prévention de l'obésité pédiatrique avec le REPOP Ile de France¹¹* ».

¹¹ réponses au questionnaire de l'IGAS

Le service estime souhaitable, mais pas toujours facile, d'être davantage impliqué, notamment dans la mise en place de réseaux : « *Les partenariats sont à développer. Toutefois, compte tenu du poids de l'AP-HP à Paris, les propositions de la P.M.I. sont parfois difficiles à faire entendre. L'exemple récent du projet de réseau périnatal Paris Nord montre combien les préoccupations du département de Paris en matière de P.M.I. ne rejoignent pas toujours celles de l'AP-HP* ». Par exemple, ce projet de réseau Ville/hôpital prévoit que les femmes enceintes, présentant des pathologies ou étant en situation de très grande précarité, soient orientées, pour leur suivi de grossesse, soit vers les médecins libéraux, soit vers les maternités de l'AP-HP. Or, l'AP-HP ne prévoit pas, comme critère d'admission à l'hôpital, les difficultés psychosociales des femmes enceintes. La P.M.I. estime, quant à elle, que ces difficultés nécessitent, à ce jour et faute d'autre solution, un suivi par l'AP/HP et non par le réseau de ville.

Appréciation de la mission

En ce qui concerne l'analyse des tâches des coordinatrices de PMI, le plan de charge des professionnels va permettre une refonte de l'organisation territoriale plus conforme à la réalité des missions et de l'activité. En effet, les coordinatrices sont en double commande avec les médecins d'arrondissement sur la protection infantile. La réorganisation prochaine des rôles des coordinatrices et des médecins placera les médecins seuls en responsabilité de cette activité.

La mission confirme la nécessité de cette réorganisation.

En ce qui concerne l'accès des femmes aux activités prénatales, à l'accouchement et aux activités postnatales, la mission recommande de vérifier dans le suivi de la convention qui présidera au fonctionnement des réseaux en cours d'élaboration que les bénéficiaires de la CMU et de l'AME seront bien admises dans les maternités du réseau ne relevant pas de l'AP/HP.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la DFPE a apporté les précisions suivantes : « *En outre, la mise en place des réseaux ville-hôpital engagée par l'AP-HP oblige non seulement à une réflexion approfondie sur les relations entre la PMI et l'hôpital mais également à une structuration nouvelle de la prise en charge des femmes dirigées vers la médecine de ville (consultations et examens). En effet, cette prise en charge financière ne peut actuellement pas être assurée par le département comme c'est le cas conventionnellement pour les actes effectués dans le secteur hospitalier.*

Cette réflexion est engagée et devra s'élargir à d'autres acteurs, et prioritairement la caisse primaire d'assurance maladie dans une relation nouvelle avec le département.

C'est dans le cadre de ces réseaux que devra être étudiée la mise en place d'un dossier médical unique auquel le service de PMI est ouvert, en étroite relation avec l'hôpital et les médecins de ville. »

1.2.7 Des systèmes d'information encore insuffisants, rendant la gestion et l'évaluation plus difficiles

➤ Une gestion encore manuelle

Les entretiens menés par les rapporteurs avec les médecins de PMI ont fait apparaître qu'au plan local, les dossiers médicaux n'étaient pas informatisés, d'où une gestion manuelle qui occupe une part non négligeable du temps des puéricultrices.

Concernant le suivi de chaque usager, chaque médecin de PMI fait selon ses « habitudes locales », étant rappelé que le carnet de santé est l'instrument central. Il existe plusieurs dossiers médicaux pour suivre les enfants bénéficiaires, comme l'indiquent les réponses :

- « *les consultations de protection infantile disposent de dossiers médicaux accessibles aux médecins et puéricultrices directrices des centres. Ces dossiers médicaux seront prochainement modifiés (travail en cours dans le service) pour intégrer les résultats des examens et dépistages de façon plus systématisée, en suivant notamment le plan et les rubriques du nouveau carnet de santé de l'enfant. Il n'est, en l'état actuel de la réflexion des médecins, pas envisagé d'informatiser ces dossiers (discussion des questions de confidentialité et de respect du secret médical). L'informatisation des centres de P.M.I. en cours actuellement permettra la gestion administrative des dossiers, mais pas les aspects relatifs à la prise en charge médicale ou à domicile.*

- *Les puéricultrices de secteur, qui interviennent au domicile des familles, disposent d'un dossier propre qui a été récemment modifié (actuellement en cours de test). Ces dossiers ne sont pas consultables par les autres professionnels du service.*

Concernant la protection maternelle, les dossiers de suivi des femmes enceintes sont les dossiers hospitaliers (délégation à l'AP-HP). Les dossiers médicaux et les dossiers de puéricultrices ne sont pas accessibles aux autres professionnels et aux autres services¹² ».

S'ajoutent les dossiers établis dans les établissements de petite enfance (crèches), demeurant sur place, et, pour chaque cas d'enfant en danger.

➤ La difficulté du dossier unique

La consultation de chacun de ces dossiers est spécifique à chacun des agents du service directement en charge de l'enfant. Faute d'une informatisation performante, le dossier unique n'est pas encore à l'ordre du jour, dans l'optique d'un travail à plusieurs intervenants : exemple d'une même famille suivie dans différents types de consultation, à domicile et à l'école. Par ailleurs, il n'existe pas de secrétariats ou d'administratifs rattachés aux médecins de PMI pour ce type de fonctions. Ce sont les auxiliaires de puériculture qui les assument, au détriment de leurs fonctions de soins aux enfants. Aucun projet, dans ces domaines, n'est lancé.

Dans sa réponse au rapport provisoire la DFPE « *s'interroge sur l'opportunité suggérée par la mission de mettre en place un dossier médical unique pour les enfants suivis en consultation de PMI par les puéricultrices de secteur, accueillis dans les crèches et pour les cas signalés d'enfants en danger.*

Le problème n'est pas seulement, comme semble le suggérer le rapport, l'absence d'une informatisation performante mais un problème éthique de mise en rapport informatique d'informations médicales et sociales de différentes origines. Cette question n'est d'ailleurs pas résolue au niveau national s'agissant du dossier médical des assurés sociaux. »

¹² réponses au questionnaire de l'IGAS

La mission maintient ses recommandations pour l'informatisation des dossiers sous la condition impérative de garantie du secret professionnel et du secret médical.

1.3 Les normes sont globalement respectées

Selon les réponses au questionnaire de l'IGAS, un certain nombre de missions sont bien conformes à la réglementation :

- les consultations, les examens, dépistages, vaccinations prescrits par la réglementation sont faits, en gestion directe ou par délégation ;
- le service de PMI est dirigé par un médecin (L 2112-1 du code de la santé publique) ;
- les préconisations des articles R 2112- 9 à 12 du CSP en matière de qualification des personnels « sont actuellement appliquées à la lettre. Ceci pose d'ailleurs un problème majeur pour les recrutements de médecins : les difficultés à recruter des spécialistes, pédiatres notamment, imposent de solliciter des dérogations auprès du préfet pour recruter des généralistes. Cette procédure, lourde et contraignante, amène à augmenter les délais de recrutement (16 postes actuellement vacants, alors que des candidats généralistes ont déjà postulé). Deux concours devront ainsi être organisés en 2006-2007, puisqu'il faut d'abord passer par un concours infructueux partiel ou total avant de pouvoir solliciter auprès du préfet l'autorisation d'organiser un concours ouvert aux généralistes ».
- les normes minimales des R 2112-5 et 2112-6¹³ et R 2112-7¹⁴ sont respectées -et au-delà- sur le département, comme l'illustre le tableau ci-après :

	2002	2003	2004
Nb demi-journées hebdo consultat° prénatales pr 100 000 h.	-	-	-
Nb demi-journées hebdo consultat° planificat° pr 100 000 h.	21.6	16.3	19.2
Nb de demi-journées hebdomadaires de consultations infantiles pour 200 enfants nés vivants	2.06	2.18	2.11
Nb de sage femmes pour 1500 enfants	1.04	1.11	1.12
Nb de puéricultrices pour 250 enfants	0.85*/1.07**	0.85*/1.08**	0.85*/1.07**

au RGP 1999 : 1.127.000 habitants de 15 à 50 ans

*: département / **: département – associations et AP/HP

Comme dans les autres départements, les actions de consultation maternelle et de planification familiale ne sont pas individualisées et ne permettent pas de cerner précisément la réalité de chacune des activités.

En ce qui concerne les activités d'information et de planification familiale, dans les établissements scolaires notamment, 1727 séances de ce type ont été organisées en 2004, soit 50% de plus qu'en 2001, 1850 en 2002 et 2293 en 2003. 64 500 entretiens individuels, réalisés essentiellement par les conseillères conjugales, ont été effectués en 2004.

¹³ - 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.

15 - 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.

Par ailleurs, les réponses au questionnaire précisent : « *Il n'y a pas d'activités prévues par les textes et non réalisées, pas de contrôles internes sur le respect des normes – mais le service veille au respect de celles-ci et à l'équilibre des ressources sur chaque territoire. Il ne semble pas nécessaire de modifier les normes. Il serait néanmoins important de le faire si les charges pour les départements évoluaient à l'avenir. Les normes sont des référentiels pour les collectivités : les services peuvent s'appuyer sur ces normes pour plaider des moyens. Toutefois, il n'y a aucun contrôle organisé de leur application par les départements* ».

Appréciation de la mission

Le rapport de synthèse de l'IGAS sur l'avenir de la PMI s'interroge sur l'évolution des méthodologies applicables aux normes et préconise de simplifier le cadre réglementaire pour développer une évaluation par objectifs, avec notamment les nouvelles missions confiées à la PMI, comme l'entretien du 4^{ème} mois. L'objectif ainsi défini serait plus propice à l'appréciation de la performance que la seule utilisation du respect des normes pour l'obtention des moyens.

Dans le cadre des réponses au questionnaire de l'IGAS, la mission a noté favorablement que le service de PMI s'était engagé sur cinq orientations majeures concernant ses activités, même si la réalité des actions engagées est parfois loin des intentions affichées :

- **l'évaluation de la qualité du service**, en analysant spécifiquement l'activité des professionnels et des structures ainsi que l'impact des actions du service. Cette évaluation est en cours ;
- **une recherche de plus d'efficacité en direction des populations démunies** : cette préoccupation fait partie des réflexions en cours sur l'accès effectif de ces populations à une grossesse de qualité dans les dispositifs publics de l'AP/HP et en particulier dans les réseaux avec les difficultés citées supra ;
- **des interventions exemplaires et/ou pilotes**, comme par exemple les consultations de protection infantile spécialisées dans l'accueil de familles sourdes ou malentendantes (professionnels formés à la langue des signes) ;
- **l'amélioration des prestations des autres secteurs sanitaires et sociaux qui pèsent le plus sur le fonctionnement de la PMI**. La délégation de gestion de la protection maternelle à l'AP/HP est en particulier au centre des activités que le service de PMI doit regarder de près. La volonté de la DFPE de finaliser des protocoles avec les services internes du département (ASE, santé scolaire, services sociaux polyvalents) doit se concrétiser rapidement ; et elle ne doit pas faire l'économie d'une refonte de la convention avec l'AP/HP ;
- **l'amélioration de la prise en charge des problèmes psychologiques ou psychiatriques**, en se fondant sur la réflexion en cours sur l'activité des psychologues qui interviennent depuis quelques années dans les centres de PMI, sans pour autant céder à la tentation de « psychiatriser » les problématiques sociales.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, la DFPE a présenté les observations suivantes : « *Le rapport suggère que la réalité des actions engagées est parfois loin des intentions affichées.*

L'évaluation de la qualité de service est traduite dans les rapports ou documents de travail 2006 concernant l'activité des sages-femmes, l'activité des structures d'accueil dans les maternités, l'activité des puéricultrices de secteurs ainsi que le rapport provisoire sur les consultations infantiles et l'enquête réalisée en 2006 sur l'accueil des enfants handicapés.

Pour ce qui est de la recherche de plus d'efficacité en direction des femmes enceintes en situation de précarité, un groupe de travail, dont les conclusions sont attendues en mars, a été installé entre l'AP-HP et le département de Paris. Il porte dans un premier temps et dans un souci pragmatique sur la mise en place du réseau Nord de périnatalité.

Les relations entre la santé scolaire et la PMI ont donné lieu à un protocole. Celui entre l'ASE et la PMI est en voie de finalisation, mais aura à prendre en compte certaines dispositions de la loi réformant la protection de l'enfance.

Enfin la convention entre l'AP-HP et le département sera modifiée dès lors que l'examen conjoint des difficultés aura conduit à un diagnostic partagé et que des propositions de solutions auront été finalisées par le groupe de travail précité. »

La mission prend acte des engagements de la DFPE qui doivent s'inscrire dans le cadre d'un échéancier rapide.

1.4 Des éléments d'évaluation budgétaire

1.4.1 La dépense totale de la PMI

D'après les éléments fournis par la DFPE, le budget de fonctionnement de la PMI parisienne s'élève à environ 9 millions d'euros par an, **hors charges de personnels** (le budget acté en 2005 est de 8,70M€).

Les frais de personnels s'élèvent à environ 20 millions d'euros par an, **hors protection maternelle**, laquelle est déléguée par voie de convention à l'AP-HP. Le département de Paris ne participe pas au financement des dépenses de personnel de l'AP-HP liées à la protection maternelle ». La part du budget P.M.I. du département dans la part du budget total du département paraît faible (0.6%). Toutefois, le budget total du département étant composé pour majeure partie d'aides légales et d'allocations, ce rapport ne semble pas pertinent. 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).

Le remboursement de la CPAM est prévu par une convention généraliste et deux conventions spécifiques portant sur la protection infantile et son montant est de 3M€ Ce remboursement correspond aux consultations obligatoires et aux vaccins (voir application de la disposition remplaçant de nouveau la vaccination dans la compétence de l'Etat ; convention avec la DDASS).

Les consultations de planification familiale déléguées et les actions d'information non médicales sont remboursées à l'acte, les actions collectives relèvent d'un forfait ; en 2000, une nouvelle convention a été élaborée, afin de mieux évaluer l'activité de planification familiale.

Le Département de Paris participe au financement de la planification familiale et de la protection maternelle assurées par l'AP-HP pour un montant annuel de 0,45 M€ Ces 0,45 M€ sont inclus dans le budget de fonctionnement de la PMI (9 millions d'euros). Au sein de cette participation de 0,45M€, est intégrée la prise en charge par la PMI, dans le domaine de la protection maternelle, des frais médicaux générés par les femmes enceintes non assurées sociales ou sans mutuelle (sans que le service de PMI soit en mesure de chiffrer précisément leur coût).

Par ailleurs, il finance, pour un montant de 0,49M€ les personnels départementaux qui travaillent dans les locaux des structures PMI, ainsi que les sages-femmes (également personnels départementaux) qui participent pleinement à la mission de protection maternelle (pour un montant de 1,04M€).

Il faut noter que si le département de Paris reprenait directement la protection maternelle, il devrait assurer les dépenses de personnel actuellement prises en charge par l'AP-HP (voir ci-dessous).

1.4.2 Une mesure encore trop centralisée des coûts analytiques de fonctionnement

Sans parler « d'outils de comptabilité analytique », le service a pu fournir des données permettant d'apprécier le **coût moyen annuel pour la PMI** : d'un médecin (67 340 €), d'une puéricultrice (42 090 €; 53 220 € pour une puéricultrice cadre de santé) ; d'une assistante sociale : 38 980 €; d'une éducatrice de jeunes enfants : 35 230 €; d'une visite à domicile par sage-femme : 44 €; d'une visite à domicile par une puéricultrice: 46,25 € A noter que le coût de la consultation du 4^{ème} mois n'est pas connu, puisque cette prestation n'est pas réalisée par la PMI.

1.4.3 Le coût de la protection maternelle déléguée

La charge nette pour l'AP-HP peut être estimée en 2005, à 1,82M€ Le tableau ci-après détaille ce total en dépenses de personnel (médical ou non), en charges diverses (dépenses médicales, ou hôtelières, provisions, amortissements). On peut noter que les dépenses de

Hôpitaux (2005) en €	Dépenses de personnel non médical (*)	Dépenses de personnel médical	Dépenses médicales	Dépenses hôtelières	Charges induites (plâteau médico-technique interne)	Dépenses de groupe 4 (amortissements, provisions..)	Dépenses directes totales (colonnes 2 à 7)	Recettes totales	Charges nettes
Bichat	529 194	77 523	34 756	449	2 964	2 278	647 164	58 331	588 833
Cochin	292 289	153 523	20 401	1 448	690		468 351	168 527	299 825
Lariboisière	124 496	102 862	135 645	3 234	8 364		374 601	363 584	11 016
Pitié-Salpêtrière	498 063	280 534	56 930	1 144		2 312	838 983	529 570	309 413
Robert Debré	79 824		243				80 067	24 261	55 806
Rotschild	213 879	202 521	551 358	2 650	319	38 874	1 009 601	496 135	513 466
Tenon	48 115	85 279	3 088	407		243	137 132	90 260	46 872
Total en €	1 785 860	902 242	802 421	9 332	12 337	43 707	3 555 899	1 730 668	1 825 231

(*)NB: colonne 2: personnel non médical = administratifs, infirmiers,...

Source : comptabilité analytique de l'AP-HP (Direction économique et financière/ service réglementation)/ hors site hôpital St Antoine, Necker et St Vincent de Paul

personnel non médical (administratifs, infirmiers,...) sont plus importantes (1,78M€) que celles relatives au personnel médical (0,90M€).

Sur le montant global de charges de 1,825M€ la **prise en charge réelle par le Département de Paris est de l'ordre de 0,234M€, soit 13% des dépenses.**

En effet, le Département de Paris ne paye qu'une partie des dépenses, à savoir celles liées au fonctionnement des locaux de la PMI (structures administratives d'accueil de PMI), ainsi que, depuis la nouvelle convention de 1997, les frais relatifs à des soins dispensés à des non assurées sociales (sans mutuelle complémentaire). Pour 2005, les montants ont été de **150 000 €** pour les consultations et soins externes, et de **84 000 €** pour les hospitalisations (accouchements pour quelques cas de présentation tardive à la maternité), soit un total de **234 000 €**

Deuxième partie : la planification et l'éducation familiale

A Paris, les centres de planification et d'éducation familiale sont au nombre de vingt, douze d'entre eux étant intégrés au sein des hôpitaux de l'assistance publique (AP-HP), dans des centres autonomes (hôpital Saint Louis), au sein des maternités des hôpitaux, dans des centres d'interruption volontaire de grossesse (CIVG), et six gérés par des associations (dont le mouvement français pour la planification familiale (MFPPF), et celui, créé depuis 2001, de la mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) dans le 15^{ème} arrondissement). Seuls, deux centres départementaux existent au sein du « pôle santé goutte d'Or », rue Cavé 18ème et rue Curnonsky, dans le 17^{ème}. Bien implantés dans le quartier, en adéquation avec la clientèle, les centres de planification situés en dehors de l'hôpital constituent une offre adaptée.

L'hôpital Robert Debré projette d'ouvrir un centre d'éducation et de planification familiale (CEPF) qui sera articulé avec la future maison des adolescents.

Le Département de Paris projette l'ouverture d'un autre centre en régie directe à horizon 2008, situé 87, rue Curial dans la cité Michelet (19è).

Les missions des CEPF sont conformes à celles fixées par le décret du 6 août 1992.

Outre les axes prioritaires qui visent les jeunes mineurs (séances d'information collective, développement des entretiens individuels, mise à disposition d'une plate forme d'information, d'orientation et d'évaluation sur la sexualité, la contraception et l'IVG avec un numéro vert anonyme et gratuit¹⁵), il est prévu le développement d'actions collectives en direction de femmes et de familles migrantes, en s'appuyant sur des associations et sur des thématiques plus larges comme les mariages forcés, les mutilations sexuelles, la violence, la polygamie. On peut regretter que ces objectifs n'aient été élaborés plus tôt, compte tenu de la spécificité de la composition sociologique de certains quartiers parisiens.

2.1. La clientèle se diversifie

Le public fréquentant ces différents lieux est hétérogène. *Le service de P.M.I. ne dispose pas d'informations précises sur les caractéristiques des usagers des centres hospitaliers et associatifs. Toutefois, en 2004, les centres hospitaliers ont déclaré 2,9% de non assurées sociales, les centres associatifs 8,6% et les centres départementaux 70,6%. Les deux centres départementaux, localisés dans le 17^{ème} et le 18^{ème}, reçoivent un public de jeunes (2/3 des usagers ont moins de 25 ans), de femmes issues de l'immigration (récente ou seconde génération) dans près de 70% des cas, dans des situations de grande précarité sociale, familiale et scolaire¹⁶.*

¹⁵ fonctionnant du lundi au samedi, il est financé par le département de Paris et confié au Mouvement Français pour le planning familial (MFPPF) ; le service est contrôlé techniquement par une coordinatrice de ce mouvement et animé par deux conseillères conjugales et familiales, répondant à 24 000 appels/an (44,5% d'adolescents, 60% de jeunes de moins de 20 ans). Le MFPPF a perçu, pour l'ensemble de son action, une subvention de 321 767€ en 2006.

¹⁶ réponses au questionnaire de l'IGAS

2.2. La mesure de l'activité donne des résultats inégaux

Les consultations ou les actions collectives en milieu scolaire sont à la hausse pour le nombre de consultants, à la baisse pour les entretiens des conseillères conjugales¹⁷.

Les délais d'attente pour un RDV sont mal connus : *« les données ne sont pas disponibles pour les centres hospitaliers et associatifs. Elles sont de l'ordre de 12 jours dans les centres départementaux pour l'obtention d'un rendez-vous de consultation » ;*

Le temps moyen d'une consultation est variable: *« les données ne sont pas disponibles pour les centres hospitaliers et associatifs. Le temps moyen est de l'ordre de 15 minutes dans les centres départementaux pour les consultations de gynécologie ; en cas d'entretien avec les sages-femmes ou les conseillères conjugales, il faut compter 30 minutes supplémentaires¹⁸ » ;*

Sont plus clairement indiquées les données sur la « délivrance à titre gratuit de contraceptifs aux mineures et non assurées sociales (10.000 € pour les deux centres départementaux) » ;

Les actions d'information en milieu scolaire : les sages-femmes¹⁹ et les conseillères conjugales interviennent dans les établissements scolaires pour l'information sur la contraception dans les collèges publics (classes de 4^{ème} et de 3^{ème} : filles et garçons), les lycées professionnels (classes de BEP – CAP : filles et garçons) et les lycées généraux (classes de 2^{nde} : filles et garçons). En raison de l'existence d'un service de santé scolaire relevant du département, les préconisations de la loi du 4 juillet 2001 en direction de l'information dans les écoles primaires (prévention de la violence, en particulier entre filles et garçons) sont mises en place.

2.3. Les thèmes abordés dans les CEPF sont marqués par la même évolution que dans les autres départements

A partir d'une information sur la sexualité, la contraception, les relations amoureuses, les intervenants rencontrés par la mission abordent, de manière croissante, les violences, le machisme, ou les mariages forcés ; la place de la pornographie dans ces classes d'âge a soulevé la même inquiétude chez ces intervenants que dans les autres départements visités par la mission de l'IGAS.

L'articulation avec les médecins libéraux, les hôpitaux, les secteurs de psychiatrie, les associations est mal connue: *« a priori, tous les publics peuvent être reçus : priorité est donnée aux mineures, aux non assurés sociaux, titulaires de l'AME, de la CMU. Les autres personnes assurées sociales sont orientées vers la médecine libérale. L'articulation avec la médecine libérale est assez peu développée (les médecins libéraux adressant à la P.M.I, les femmes désireuses d'interrompre leur grossesse, ou les femmes enceintes sans couverture sociale). Le partenariat avec l'hôpital est développé dans les 12 centres conventionnés avec l'AP-HP. Ces centres ont une activité essentiellement d'orthogénie. Ils renvoient souvent les patientes vers les centres associatifs et départementaux pour la contraception (post IVG et autres). Les centres développent un partenariat avec des associations de jeunes, des foyers de*

¹⁷ annexe VIII, mesure de l'activité de PMI

¹⁸ d'après les réponses aux questionnaire de l'IGAS

¹⁹ ces sages femmes ont suivi une formation payée sur le PRS périnatalité

jeunes travailleurs, des foyers d'hébergement, des associations d'alphabétisation en direction des populations d'origine étrangère ».

Appréciation de la mission :

La prise en charge de cette activité par le département de Paris est d'une qualité inégale.

Les centres sont peu nombreux, inégalement répartis sur le territoire même si la mission a constaté la volonté du département de les démultiplier en particulier sur les parties du territoire dans lesquelles les besoins sont estimés particulièrement importants ; l'université est dépourvue de tout CEPF, en dépit d'une proportion de population jeune importante.

La prise en charge de cette activité par le secteur hospitalier soulève plusieurs questions : laissée à l'initiative des chefs de service, elle est un prolongement de l'activité de protection maternelle et infantile, et partie intégrante de l'activité d'IVG ; la localisation dans le service hospitalier peut être dissuasive pour des jeunes (en ce sens, l'idée de l'hôpital Robert Debré d'articuler le projet de création d'un CEPF avec celle d'une maison des adolescents est pertinente). L'application de la nouvelle tarification à l'activité présente aussi le risque de faire des activités de planification familiale la variable d'ajustement des activités de protection maternelle et infantile. L'activité des CEPF plus banalisés et hors hôpital semble plus en adéquation avec les besoins des jeunes. Les actions collectives, notamment en direction des scolaires et des familles migrantes, pourraient être développées.

Troisième partie : la protection maternelle

3.1. Un suivi de grossesse délégué aux maternités

Une enquête menée au début des années 1990 ayant révélé de mauvais indicateurs de périnatalité, notamment quant aux grossesses non suivies, le département de Paris s'est engagé à améliorer l'accès aux maternités des femmes dépourvues de couverture sociale. C'est ainsi que des « plates-formes » ont été créées dans les maternités, avec des agents de la PMI, chargés de s'assurer de l'ouverture des droits aux femmes sans couverture sociale²⁰, et par extension, de trouver une solution de lieu d'accouchement. De surcroît, des sages-femmes de PMI interviennent dans les maternités²¹ afin d'améliorer la prise en charge des difficultés de nature psycho-sociales.

Une convention a été signée en 1996 avec l'AP-HP, en 2000, avec l'établissement « PSPH » (établissement privé participant au service public hospitalier), dit « la clinique des métallurgistes », pour que la PMI assure le paiement du ticket modérateur pour les assurées sociales sans mutuelle complémentaire et la prise en charge intégrale du coût du suivi de grossesse et de l'accouchement pour les femmes non assurées sociales et non couvertes par l'AME.

Protection sociale des femmes passées par les structures d'accueil de la P.M.I en 2004 :

Régime général d'assurance maladie : 77,7%

Couverture Médicale Universelle : 9,9%,

Aide Médicale Etat : 11,2%

Prise en charge P.M.I : 1,0%

Frais pris en charge par la patiente : 0,2%

Le suivi de grossesse des femmes enceintes ne comprend pas, dans le département de Paris, l'entretien du quatrième mois. Certaines maternités envisagent de faire évoluer la première consultation vers une consultation approfondie, d'une durée plus longue. La loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance que la PMI puisse accompagner le dispositif d'entretien systématique du 4^{ème} mois. Dans le cadre du réseau de périnatalité, le service de PMI réfléchit à une participation marginale pour des sages-femmes de PMI au niveau de la consultation d'entrée.

Une première estimation des besoins par le service de PMI donne les résultats suivants : si les femmes enceintes présentant des difficultés psychosociales (effectif évalué à 20% des parisiennes soit 6000 femmes) sont vues une fois pour un entretien d'une heure, soit 6000 heures par an, cela équivaut à 4 ETP de sage-femme. En revanche, si toutes les femmes enceintes domiciliées à Paris bénéficient de cet entretien, cela équivaut à 18 ETP supplémentaires. Le projet d'étude destinée à évaluer le système parisien de repérage et de prise en charge du risque médico-psycho-social, s'il réussit à être financé par la Haute autorité de santé (HAS), permettra de mieux déterminer les besoins et les priorités.

²⁰ prise en charge du ticket modérateur des assurées sociales parisiennes sans couverture complémentaire, et la totalité des frais pour les autres, y compris une liste d'examen figurant en annexe de la convention avec l'AP-HP et la clinique des métallurgistes

²¹ à l'hôpital Robert Debré, une consultation prénatale de sages femmes de PMI a été installée dans les locaux de la maternité, et reçoit les femmes en difficulté adressées par la maternité ou le secteur ; en 2004, elles avaient suivi 130 femmes.

3.2. Des actions de soutien à la parentalité

Les sages-femmes de PMI assurent des visites à domicile pour un suivi prénatal (complémentaire de celui de l'hôpital) des femmes enceintes ayant des pathologies ou présentant des difficultés psycho-sociales, en accord avec les intéressées, les hôpitaux et les médecins traitants (en 2004, 2 087 femmes enceintes suivies au cours de 6 478 visites à domicile, chiffre relativement stable). Leur mission a été également réorientée vers une information de prévention, d'orientation et de conseil en faveur des parents fragiles et peu informés, en vue de la naissance de l'enfant, en collaboration avec les puéricultrices de PMI, les associations, les services sociaux (4 603 parents ou futurs parents). Il s'agit de permanences d'accueil et d'information (1 971 entretiens en 2004), de groupes destinés aux futurs parents (en 2004, 127 sessions et 865 participants, en forte augmentation), d'accompagnement des sorties précoces de maternité, et d'encouragement à l'allaitement maternel.

Le service de PMI du département porte l'appréciation suivante sur les visites à domicile (VAD) : « *Les sages-femmes de P.M.I. de Paris sont « rattachées » à une maternité AP-HP ou PSPH. Elles effectuent leurs visites à domicile, sur mandat hospitalier, à partir de signalements médico-psycho-sociaux des consultants de l'hôpital auquel elles sont rattachées (médecins – sages-femmes). Elles se mettent également à disposition des femmes enceintes en difficulté (mineures, femmes ayant déclaré leur grossesse tardivement, femmes hébergées ou sans domicile fixe ...), repérées par les structures d'accueil de la P.M.I. en maternité : envoi d'un courrier personnalisé de mise à disposition, avec les coordonnées de leurs permanences sur le secteur. Sur près de 30.000 femmes parisiennes enceintes, les sages-femmes de P.M.I. ont rencontré 2100 femmes à leur domicile (7%), et ont effectué 6500 visites (3.1 visites par femme en moyenne). La question de « voir » 100% des femmes à domicile n'a jamais été posée par le service. Toutefois, si 30.000 femmes devaient bénéficier d'une visite à domicile (de 2 heures) – et d'une seule visite à domicile seulement -, il faudrait 36 postes de sages-femmes en plus, par rapport au nombre actuel de 24, dont l'activité à temps plein serait exclusivement dévolue à des visites à domicile (hors activités collectives, liaisons, réunions, suivi des femmes nécessitant plus d'une visite à domicile) ».*

Appréciation de la mission :

De nombreuses données statistiques ne sont pas disponibles : si le nombre des visites à domicile (VAD) est connu et montre un accroissement, beaucoup d'autres données restent indisponibles, comme le pourcentage de femmes suivies en PMI par rapport aux femmes enceintes dans le département²², ou les délais d'attente pour un rendez-vous de consultation ou la durée moyenne de la consultation.

➤ **Des limites dans l'accès au service public:**

Malgré les progrès de ce dispositif destiné à toutes les femmes enceintes, les rapporteurs notent que certaines femmes ne peuvent en bénéficier, en raison d'une politique peu claire en matière d'inscription dans les maternités de l'AP-HP (saturation des services).

²² toutefois, selon les certificats de santé du 8^{ème} jour (CS8), on peut estimer que, en 2004, 52 % des naissances domiciliées à Paris proviennent des maternités de l'AP-HP et de l'Hôpital Pierre Rouquès) : 14268 CS8 émanant des maternités de l'AP-HP et 1353 de l'Hôpital Pierre Rouquès pour 30177 CS8 d'enfants parisiens (25208 enfants nés à Paris et 4974 nés hors de Paris)».

Le service de PMI est saturé de demandes d'accompagnement de la grossesse (information des parents, préparation à l'accouchement), les maternités se recentrent sur l'aspect obstétrical et le secteur libéral payant est lui-même très sollicité. Le rôle des plate-formes de PMI constitue une plus value réelle de ce service, et la mission a pu constater que l'investissement personnel des agents de PMI, leurs préoccupations marquées d'accompagner les femmes souvent démunies devant un système qu'elles appréhendent mal était essentiel. La mission tient à souligner la nécessité d'évaluer de manière régulière le profil des femmes enceintes faisant appel à la plate-forme, même dans les maternités situées dans des quartiers parisiens a priori moins sensibles mais où les problèmes sociaux sont réels.

Sont particulièrement pénalisées les femmes enceintes en situation précaire (bénéficiaires de minima sociaux ou ayant des revenus situés au-dessus du seuil de la CMU, ou sans papiers), les relations avec les réseaux en cours de constitution n'ayant pas à ce jour résolu la question des problèmes financiers d'accès aux soins.

L'absence de structures d'hospitalisation de type « lits de suite en moyen séjour », ou de dispositifs d'hospitalisation à domicile, dotées d'équipes psycho-sociales, est cruelle dans certaines situations de mères et d'enfants en grande difficulté psychosociale, durant la période péri natale (toxicomanies, psychopathologies) souvent sans hébergement et isolées. La mise en place du réseau Solipam, même s'il n'est prévu pour accueillir pendant trois mois que 1000 femmes, constitue déjà une première réponse à ces difficultés que tous les interlocuteurs ont soulignées comme étant croissantes.

Il faut souligner l'existence d'un projet d'hébergement en soins de suite pour de jeunes mères en difficultés psycho sociales à l'issue de leur accouchement (participation de la PMI pour le financement des postes relevant de sa compétence) sur l'ancienne maternité des métallurgistes transférée à l'hôpital Trousseau (« projet « Horizons »). Ce projet qui concerne également la DASES a obtenu l'accord du CROSS et de l'agence régionale d'hospitalisation. L'établissement devrait ouvrir courant 2007, mais il ne permettra pas de couvrir l'ensemble des besoins.

Toutefois, il est de plus en plus fréquent de voir orientées vers des structures privées des femmes sans couverture complémentaire, pour qui l'avance de frais est problématique.

➤ La principale problématique est celle du **suivi de grossesse** :

Les capacités de prise en charge des maternités publiques étant dépassées, les femmes enceintes sont envoyées de façon de plus en plus fréquente vers la ville, essentiellement vers le secteur libéral à Paris, qu'elles aient ou non une couverture sociale. La crainte est de voir augmenter le nombre des grossesses peu ou insuffisamment suivies, alors que le dispositif avait été mis en place pour en limiter la fréquence.

Enfin, l'inscription dans les maternités du réseau pose le problème des établissements qui, de manière ouverte ou détournée, refusent l'accès aux femmes bénéficiaires de la CMU ou de l'aide médicale d'Etat (AME).

➤ **Des difficultés dans l'enchevêtrement des missions entre la PMI et les maternités**

Elles pèsent sur la mise en place des réseaux ville-hôpital. Les discussions en cours pour leur mise en œuvre ont soulevé les questions d'égalité dans l'accès aux prestations notamment au début de la grossesse, questions qui devront être impérativement résolues avant la mise en place des conventions de coopérations entre la PMI et les maternités. Ce travail en réseau devrait permettre de cerner l'évolution de la clientèle des bénéficiaires pris en charge de façon plus intensive.

En outre, l'objectif initial de l'intervention des sages-femmes de PMI tend à être détourné : chargées de faire des visites à domicile, sur prescription médicale, pour des motifs psychosociaux, elles interviennent de manière croissante au profit de femmes souffrant de pathologies médicales spécialisées qui relèveraient plutôt d'interventions inscrites dans les prescriptions d'hospitalisation à domicile. L'évaluation en cours des pratiques professionnelles des sages-femmes (étude déposée en juin 2007) devra être prise en compte dans la révision de la convention signée avec l'AP/HP, préconisée par la mission.

Quatrième partie : la protection infantile

La protection infantile est organisée autour de deux pôles spécialisés : les consultations infantiles et le secteur de l'intervention à domicile, qui, selon la DFPE elle-même, *ne sont que faiblement coordonnés*²³. Les puéricultrices n'interviennent pas auprès des assistantes maternelles, et pas plus en santé scolaire, comme dans la plupart des autres collectivités.

4.1. La mesure de l'activité

4.1.1. Une difficulté croissante à donner une priorité aux très jeunes enfants

On constate une stabilité du nombre de séances de consultations infantiles, une baisse du nombre d'examens, un accroissement du nombre d'enfants examinés, du nombre de visites à domicile, du nombre de séances d'actions collectives²⁴.

On constate une augmentation du nombre de familles s'adressant aux centres de P.M.I. dans les premiers jours de vie pour des pesées-conseils. Les centres de P.M.I. ont dû adapter leur organisation pour répondre à ces demandes croissantes. Par exemple, le nombre de « pesées » réalisées dans les centres de P.M.I. a doublé entre 1998 et 2004 (passant de 25500 à 49500). Dans le même temps, le nombre d'enfants de moins 3 mois consultant pour la première fois en P.M.I. (consultation médicale) est resté stable (autour de 12 000, soit 2/3 des nouveaux inscrits), mais les centres de P.M.I. éprouvent des difficultés croissantes pour recevoir les enfants pour la première consultation médicale avant la fin du premier mois de vie. Parmi les nouveaux inscrits en P.M.I., la part des moins de 1 mois est passée de 1998 à 2004 de 34 à 28%.

Ce phénomène est particulièrement marqué dans les arrondissements où la natalité est importante (13 – 15 – 18 – 19^{ème} arrondissements).

La durée d'attente pour un rendez-vous avec un médecin en centre de PMI n'est pas connue, et la durée moyenne de la consultation est d'« environ 15 minutes (11 enfants par séance) ». Une étude d'organisation est en cours dans les centres de PMI afin, notamment, d'apprécier avec précision la durée moyenne d'attente pour un rendez vous.

4.1.2. L'articulation de la PMI avec les maternités est réelle

Les femmes sont « assez systématiquement informées par les maternités de l'existence de la P.M.I. et des services proposés (adresses des centres de P.M.I. de proximité, avec orientation vers ces centres pour des pesées, des conseils, et information sur les VAD des puéricultrices de P.M.I.)²⁵ ».

Appréciation de la mission

La mission a constaté lors de ses visites sur site que les liaisons de la P.M.I. avec les maternités, organisées sous forme de rencontres hebdomadaires des équipes des maternités et de P.M.I (dénommées « tris PMI »), étaient réelles, mais variables d'une maternité à l'autre

²³ dans son document « éléments de réflexion pour un évolution réussie »

²⁴ réponses au questionnaire de l'IGAS voir tableau en annexe 8 haut de la page 34

²⁵ réponses au questionnaire de l'IGAS

(se limitant dans certaines structures à la transmission simple à un professionnel de P.M.I. des certificats de santé du 8^{ème} jour des enfants nés dans la semaine/quinzaine, ou au contraire très structurées, rassemblant des sages-femmes, auxiliaires de puériculture, pédiatres, psychologues et assistantes sociales de la maternité et des médecins, sages-femmes et puéricultrices de P.M.I.). Un travail d'évaluation du fonctionnement de ces liaisons est en cours. Mais il faut noter que le certificat du 8^{ème} jour a de moins en moins de signification, car il est souvent délivré au moment de la sortie de la maternité, soit de plus en plus fréquemment à J+3.

Mais cette articulation est parfois faussée lorsque le centre de protection infantile, situé dans les locaux de la maternité²⁶, ne détermine pas clairement ce qui relève d'une activité de la PMI, avec une priorité dans l'âge des enfants bénéficiaires, et d'une activité médicale de pédiatrie. De plus, la localisation de tels services au sein d'un hôpital, si elle présente l'avantage pour les familles de constituer une prolongation des services offerts par la maternité, ne contribue pas en revanche psychologiquement et fonctionnellement au désengorgement des urgences pédiatriques parfois utilisées comme des consultations de porte.

4.2. Les visites à domicile concernent un nombre croissant de familles

Plus d'un tiers des mères (33%) sont suivies par une ou plusieurs visites à domicile, soit plus de 20 700 VAD pour 13275 enfants ; en moyenne, cela représente 1,56 visite par famille concernée.

Les critères varient selon l'origine de la prescription, maternité pour un quart, ou repérage à partir du certificat du 8^{ème} jour²⁷ pour l'autre quart, et le reste essentiellement par les services sociaux²⁸.

Dans le passé, les services sociaux polyvalents (SSP) informaient, par correspondance, des possibilités ainsi offertes par le service de PMI à tous les parents parisiens, leurs adresses étant connues grâce aux informations contenues dans les avis de grossesse et les avis de naissance, dont la PMI était destinataire. Mais ce dispositif d'information n'est plus aussi performant, depuis que, seuls les extraits de naissance, sans adresse, sont envoyés à la PMI par les services d'état-civil²⁹. La visite effectuée par les rapporteurs auprès des puéricultrices de secteur du 10^{ème} a montré combien cette disposition était pénalisante.

Ces visites à domicile peuvent permettre à ces professionnelles³⁰ d'identifier des cas plus graves au domicile des parents (santé mentale, difficultés sociales). Le médecin de PMI, responsable de l'arrondissement prend alors le relais pour mobiliser le réseau social, le secteur de santé mentale, le secteur associatif. Les commissions techniques enfance (CTE) peuvent également mettre en œuvre des actions concertées pour offrir à des enfants un lieu de garde sécurisé, quel qu'il soit (1096 enfants en 2002).

Le service de PMI s'interroge sur l'efficacité de ces VAD, et n'est pas favorable aux VAD systématiques qui se feraient au détriment des femmes qui en auraient le plus besoin. Le service réfléchit plutôt à une amélioration de la visibilité de ses services et à une meilleure accessibilité des puéricultrices de PMI pour les jeunes mères.

²⁶ comme à l'hôpital Robert Debré

²⁷ à la réception des certificats de santé du 8^{ème} jour, des fiches de liaisons sont établies et adressées aux secteurs concernés pour des mises à dispositions ou des propositions de visites à domicile, à partir d'une liste d'indicateurs de risque ».

²⁸ annexe IX, analyse de l'activité de VAD

²⁹ conformément au décret de l'article 10 du décret du 3 août 1962

³⁰ (les puéricultrices ont fait 25 000 VAD en 2004, les sages-femmes 6500, et les TISF ont apporté plus de 10 000 heures pour 95 familles)

La loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance prévoit à l'article L. 21 12 -2 que des actions médico-sociales et de suivi soient assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés.

A juste titre, le service de PMI entend réserver les visites à domicile aux situations les plus sensibles. Il lui revient d'en préciser le coût et les modalités d'applications.

4.3. Le soutien aux parents est complété par un accueil et des activités médico et psycho-sociales

4.3.1. Les actions collectives sont variées

Avec la présence de médiateurs socio-culturels et d'interprètes dans les centres de PMI, les actions collectives de PMI sont assez orientées en direction des mères et des familles d'origine étrangère, directement par les centres ou par le relais d'associations. Il faut ajouter plus de 4400 activités psychosociales allant de la socialisation des enfants au soutien parental.

La prévention de la maltraitance³¹ et la lutte contre le saturnisme constituent des actions de prévention pour lesquelles le service de PMI joue un rôle irremplaçable.

4.3.2. Le soutien aux parents d'enfants handicapés est en progression

Les parents d'enfants handicapés sont soutenus dans la prise en charge précoce du handicap par la présence des quatre centres d'action médico-sociale précoce (CAMPS), mais qui n'ont pu suivre que 910 enfants en 2004.

De son côté, le service de PMI a plusieurs objectifs : former les médecins de PMI au problème du handicap de l'enfant dans les cycles de formation interne, recruter des psychomotriciens (2005), favoriser l'intégration de ces enfants, quand leur état le permet, dans les structures d'accueil de petite enfance (crèches,...), et leur intégration à l'école en vertu de la loi du 11 février 2005.

Selon la mission, la création du CAMSP du 18ème arrondissement permettra, certes, de « couvrir » le quart nord-est de la capitale. Mais le total de quatre structures spécialisées pour la prise en charge d'enfants handicapés reste insuffisant. Chaque centre de néonatalogie devrait pouvoir bénéficier d'un CAMSP à proximité. Or, seuls les hôpitaux « Trousseau », « Brune » et « R. Debré » bénéficient de ces structures de proximité pour la prise en charge des nouveaux-nés, après l'hospitalisation pré-natale. Les hôpitaux de « Port-Royal » et « Necker » ne bénéficient pas de telles structures. Une cartographie des besoins et un renforcement des liens entre services de néonatalogie, service de PMI et CAMPS serait, comme le suggère l'IGAS dans son rapport de synthèse, à inscrire dans les planifications parisiennes de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

³¹ 88 signalements transmis par les médecins de PMI à la cellule « traitement social d'urgence »

Appréciation de la mission

Les centres de PMI, quoique nombreux, sont très sollicités et surchargés. Sur 68 centres, 37 centres ont 800 dossiers en « file active ». Au-delà de ce seuil, le service de PMI estime que les délais de rendez-vous médicaux deviennent trop lointains pour des nouveaux-nés nécessitant des soins immédiats, l'accueil individualisé et la prévention collective souffrant du manque de disponibilité des personnels. Or, la demande est forte en consultations gratuites, notamment pour les familles en situation de précarité, et les mères sorties précocement de la maternité. Les plages horaires des consultations ont été élargies, mais au détriment des activités collectives de groupe.

Le déficit numérique des personnels est également un facteur aggravant : les rapporteurs ont pu noter que le nombre de médecins –par ailleurs majoritairement vacataires- et celui des équipes de PMI (1 puéricultrice, 1 auxiliaire de puériculture, 1 agent de service intérieur) était relativement restreint. Pour les médecins, par exemple, les difficultés de recrutement contraignent à utiliser des vacataires, lesquels ne sont pas stables dans leur attachement au service public : 10% des consultations sont, en effet, annulées en permanence pour cause de départ de vacataires du service, ce qui gêne considérablement le suivi des enfants dans les gros centres et met en péril le principe de continuité du service public. Des concours pour recruter des médecins titulaires sont régulièrement lancés, sans que cela garantisse l'amélioration de la situation actuelle.

La diversité des compétences techniques est faible dans les centres : il s'agit toujours des personnels précités, ce qui freine le développement de programmes de préventions spécifiques. Ainsi, par exemple, la présence de psychomotriciennes permettrait d'améliorer le dépistage du handicap et la présence de diététiciens permettrait de mieux lutter contre l'obésité des enfants. Un nombre plus important de psychologues, même s'il faut noter le progrès que constitue leur présence (actuellement 1 à 3 vacations/semaine), garantirait une meilleure surveillance des enfants, et c'est surtout un mode d'organisation plus orienté vers des relations de partenariat qui pourrait renforcer ces orientations.

Depuis 2001, le département de Paris a créé un nouveau centre de protection infantile, celui de « Goscinny » dans le 13^{ème}. Deux centres supplémentaires vont voir le jour en 2007 : 3, rue Hainaut dans le 19^{ème} et « Tristan Tzara » dans le 18^{ème}.

En outre, des postes de médecins ont été créés : 6 postes en 2006 et 3,5 en 2007. Ils sont en voie d'être pourvus par deux concours : l'un organisé en 2006, l'autre prévu en mars 2007.

Ces deux éléments sont de nature à améliorer la situation décrite par la mission.

Cinquième partie : les modes de garde

5.1. Les modes de garde individuels

5.1.1. Un circuit de sélection lourd

Les 3300 assistants maternels (AM) gérés et suivis par le bureau de PMI peuvent être scindés en deux catégories égales : les AM les plus anciens (30 ans d'expérience) et les AM plus récents (6 ans en moyenne).

Il existe un véritable « service » parisien d'assistants maternels³² travaillant dans les **arrondissements municipaux**, au profit de plus de 8 000 enfants, et composé de : 6 encadrants, 47 assistants sociaux (AS), 7 éducateurs de jeunes enfants (EJE), 3 300 assistants maternels (3 293 AM en 2004, dont 2 422 libéraux, 624 dans les crèches familiales et 247 dans les associations ou employés par les services départementaux de l'ASE).

Les assistants sociaux ont une mission de formation et d'évaluation des assistants maternels, ainsi qu'un rôle de médiation vis-à-vis des parents.

Les EJE accomplissent une mission très « ciblée » sur les enfants, et ont un rôle d'animation des « relais d'assistants maternels » (RAM) dans les arrondissements parisiens.

Le nombre des AM sur Paris est insuffisant par rapport à la demande, avec une capacité d'accueil qui s'accroît faiblement, car le premier agrément des AM est donné pour un seul enfant (au lieu de deux ou trois pour les plus anciennes). Le système est sélectif : pour 450 demandes d'agrément par an, on constate que 200 ne sont pas recevables, les motifs les plus fréquemment retenus étant le manque de compétence et la non maîtrise de la langue française.

Les modalités d'agrément sont particulièrement lourdes.

« de 1 à 4 visites avant agrément, par un assistant socio-éducatif, médecin, psychologue, soit, au moins 2 visites au domicile (assistant socio-éducatif et médecin), chaque professionnel rédigeant ensuite un rapport et participant à une commission d'agrément qui soumet une proposition d'accord ou de refus d'agrément au chef du bureau de la PMI ».

Cette commission est interne et pluridisciplinaire (assistant socio éducatif spécialité assistance sociale, médecin et psychologue). Elle se réunit à la suite des rencontres effectuées par ces acteurs avec les candidats assistants maternels ou avec les assistants maternels (pour le suivi et le renouvellement des agréments). Elle propose, selon les cas, l'agrément ou le refus d'agrément au chef de bureau de la PMI. Cette commission travaille uniquement sur dossier et ne rencontre pas les candidats.

Il ne faut pas confondre cette commission avec la CCPD (commission consultative paritaire départementale) dont l'existence est prévue par l'article L.421-6 du code de l'action sociale et des familles. Celle-ci a pour objet de donner son avis sur les propositions de retrait, de restriction ou de non renouvellement d'agrément. Elle comprend en nombre égal des membres représentant le département et des membres représentant les assistants maternels. Sa présidence est assurée par le Président du Conseil Général ou par un représentant qu'il désigne.

Réponse au questionnaire de l'IGAS

³² annexe IV, organigrammes

5.1.2. Un suivi éducatif

La formation des assistants maternels est conforme à la loi ; elle est complétée par une visite annuelle au bureau de la PMI, par la participation aux « relais assistants maternels »- RAM- 7 relais et 24 antennes parisiennes organisant près de 1500 ateliers annuels, avec pour objectif de couvrir tous les arrondissements parisiens. Une plus value incontestable est apportée par le bureau de la PMI parisien qui offre aux parents à la recherche d'une solution de garde une offre personnalisée et met en relation les parents avec un assistant maternel disponible. L'informatisation du service permettrait de rendre cette offre encore plus performante.

5.1.3. Une charge de travail non négligeable

➤ Pour l'agrément

Le nombre annuel de visites d'agrément est estimé à 1500/an, celui des séances de formation entre 40 et 50 par an.

Le rôle des médecins de la PMI, ainsi que la part de leur temps de travail absorbée par cette activité d'agrément, semblent disproportionnés par rapport à la tâche.

La DFPE, dans son document interne « éléments de réflexion pour un évolution réussie » observe : « Pour le secteur des assistants maternels, la place du service social de PMI et la responsabilité administrative du bureau de PMI, délégataire de la signature de l'agrément, induisent un positionnement marginalisé des cadres médecins ». La part de cette activité "modes de garde " dans l'activité totale du service de P.M.I représente « 10% du temps des médecins d'encadrement ».

Selon les réponses au questionnaire de l'IGAS, la part du temps de travail des médecins de la PMI absorbée par cette activité, est estimée à 3 ETP : « Les médecins de PMI sont chargés de vérifier les vaccinations et radiographies des candidats à l'agrément des assistants maternels. Ils s'assurent également que les conditions d'hygiène et de sécurité proposées par les assistants maternels permettent que soient garanties de bonnes conditions d'accueil des enfants. Ils sont impliqués pour 3 ETP annuellement ».

D'autres catégories de personnels sont également impliquées dans l'agrément des assistants maternels :

Catégories	ETP
Conseillers socio-éducatifs	8
Assistants socio-éducatifs	47
Secrétaires	20
Médecins (pour mémoire)	3
Psychologues	25
administratifs (1B – 3 C)	4

➤ Pour la formation

Le temps consacré par le service de PMI à la formation des assistants maternels est estimé à 7 ETP : « La PMI de Paris assure la formation obligatoire des assistants maternels et a mis en place des sessions de formation continue également. Cette formation est assurée pour partie par des personnels du service (assistants socio-éducatifs, EJE, psychologues) et par des vacataires. L'implication des personnels titulaires du service de P.M.I. dans cette formation est estimée à 7 ETP ».

La rationalisation de l'organisation est prévue : « Une réflexion est actuellement en cours afin de redéfinir et rationaliser le rôle de chaque professionnel dans la procédure d'agrément. Les missions du médecin et du psychologue sont notamment à revoir, afin de ne pas faire doublon avec l'intervention de l'AS».

5.2. Les modes de garde collectifs

5.2.1. Une procédure d'agrément très lourde

L'article L.2324-1 du code de la santé publique prévoit que la création, l'extension et la transformation des établissements accueillant des enfants de moins de 6 ans sont subordonnées à une autorisation délivrée par le président du conseil général, après avis du maire de la commune d'implantation.

A Paris, il convient de distinguer, en termes de procédure, les crèches gérées par la collectivité et celles gérées par des associations.

Dans tous les cas, c'est le médecin chef responsable du service départemental de PMI qui accrédite les éléments techniques sur la base d'une expertise réalisée -pour le moment- conjointement par le médecin d'arrondissement et par la coordinatrice.

Les signatures des arrêtés autorisant le fonctionnement des établissements sont assurées par le Secrétaire Général par délégation du Président du Conseil Général pour les structures municipales et par la directrice de la DFPE (par délégation du Président du Conseil Général également) pour les structures associatives.

L'ensemble des arrêtés est publié au Bulletin municipal officiel de la Ville de Paris.

La Ville de Paris gère directement ou indirectement par le biais du secteur associatif 549 établissements de la petite enfance, répartis en 290 crèches collectives, 44 crèches familiales, 27 crèches parentales, 7 jardins maternels, 6 jardins d'enfants, 140 haltes-garderies, 35 jardins d'enfants (gérés par l'OPAC). En outre, 8 crèches collectives existent au sein des centres maternels. Ces crèches ont le même cadre réglementaire que les autres (agrément initial, extension, suivi médical des enfants). Comme les centres maternels au sein desquels elles sont situées, elles relèvent, pour 4 d'entre elles, du département (établissements départementaux ASE), pour 4 autres du secteur associatif (et sont conventionnés avec le département).

En 2006, le nombre de places en crèches est de 19 950, décomposé, pour le secteur municipal, en 15 600 places et, pour le secteur associatif, en 4 350 places.

Le décret « petite enfance » du 1^{er} août 2000 régit ces établissements, en définit les caractéristiques et le fonctionnement, fixe les missions du service de PMI dans les établissements d'accueil municipaux (et non associatifs). Les médecins de PMI ont plusieurs rôles au sein des établissements : formation des personnels des établissements, participation au projet d'établissement, soutien des équipes sur les pratiques professionnelles, actions de promotion de la santé, d'hygiène et de sécurité, visite d'admission de l'enfant, suivi médical préventif, dépistage précoce de l'enfant, conseil et orientation aux parents, accueil des enfants malades ou handicapés ou en difficulté familiale.

Dans le cadre du programme municipal de création de 4500 places de crèches municipales ou associatives, le service de PMI porte plus que jamais la responsabilité de la qualité, de la sécurité, des conditions de vie quotidienne des enfants des nouveaux ou futurs établissements.

5.2.2. *La répartition de la responsabilité de l'agrément*

Le rapport d'agrément est coordonné sur le plan du contrôle des prestations administratives par le bureau de la PMI, mais c'est le médecin chef de la PMI qui accrédite, par sa signature, la partie technique de l'agrément. Lorsqu'il s'agit d'une crèche associative, l'agrément est signé par la directrice de la DFPE.

Le service de PMI assure également le contrôle et la surveillance régulière des établissements de petite enfance pendant toute leur durée de fonctionnement.

Appréciation de la mission

En ce qui concerne les modes de garde individuels, la mission estime que la composition pluridisciplinaire de la commission d'agrément et de la commission chargée des recours³³ (assistante sociale, médecin de PMI, psychologue), très complète, présente le risque de préempter les ressources de la PMI et que l'ensemble des procédures d'agrément et de renouvellement d'agrément mériteraient d'être allégées et simplifiées. **La charge de travail pesant sur le service de la PMI est disproportionnée par rapport au cœur de métier de la PMI.** La mission estime que ces fonctions pourraient être assumées par deux agents, un médecin et un psychologue, ou un médecin et une puéricultrice, ou une AS ayant la formation de puéricultrice, comme c'est souvent le cas dans les autres départements³⁴.

En effet, même si à Paris, le nombre d'assistants maternels est proportionnellement moins important que dans d'autres départements, la mission d'instruction des dossiers d'agrément, de suivi et de contrôle ainsi que de renouvellement mobilise fortement le service de PMI, d'autant plus que les commissions interdisciplinaires d'agrément reposent sur des ressources humaines rares (médecin, psychologue), et que le suivi des modes de garde collectifs pour la Ville pèse aussi sur l'activité du service.

La demande de plus grande sécurisation des conditions d'exercice de la profession a largement accru la charge de travail des professionnels, dans un cadre budgétaire contraint.

Le service de la PMI de Paris doit sans doute s'interroger et choisir entre deux options, entre celle qui consiste à faire de l'agrément et du suivi annuel des assistants maternels une mission prioritaire au sein des activités de PMI, et celle qui consiste à alléger les modalités des procédures d'agrément et surtout de suivi des assistants maternels. L'avenir est peut-être d'organiser autrement le service de PMI, de rattacher la mission sur les modes de garde à d'autres catégories de professionnels (professionnels dédiés), de le transférer vers d'autres structures (CAF, mairies), ce qui impliquerait une modification de la législation, ou d'autres services du département (service social). Une réflexion est en cours au sein de la direction.

³³ les refus d'agrément font de plus en plus l'objet de recours gracieux, 137 en 2004

³⁴ la question des assistantes familiales est différente et nécessite que les procédures d'agrément et de suivi soient, elles, particulièrement encadrées

Sixième partie : la santé scolaire

Les bilans de santé dans les écoles sont organisés de manière spécifique à Paris puisque c'est au sein de la **DASES** qu'est pilotée la médecine scolaire sur Paris³⁵.

6.1. Une organisation bipartite du service des actions médico-sociales scolaires

6.1.1. Deux domaines d'intervention pour le service de santé scolaire

➤ Les actions de santé

Le service des actions médico-sociales scolaires (SAMSS) intervient au sein des écoles parisiennes dans le cadre de la santé scolaire et pour les missions sociales en faveur des élèves. Seules sont concernées les écoles publiques.

Le département de Paris exerce, en régie directe ou par conventionnement avec l'AP-HP, les mêmes compétences que celles dévolues aux autres départements pour la promotion de la santé des familles et des enfants de moins de six ans. La loi du 18 décembre 1989 définit les missions confiées au service départemental de protection maternelle et infantile et notamment la réalisation de bilans de santé des enfants de 5-6 ans scolarisés. Mais le département de Paris **a fait le choix** d'assurer, avec ses personnels, et son organisation propre, des missions relevant du ministère de l'éducation nationale (circulaires de 1991 et 2001) dans les écoles maternelles, du premier degré et dans les lycées municipaux, ainsi que des missions de promotion de la santé et d'action sociale au profit des élèves. Les médecins scolaires interviennent dans 675 établissements (140 000 élèves), y compris des lycées d'enseignement professionnel ou d'enseignement général et technologique (mais distincts des lycées et collèges de la responsabilité de l'Etat). Enfin, le SAMSS gère, en collaboration avec le rectorat de l'académie de Paris, douze centres d'adaptation psychopédagogiques (CAPP) (*), tous généralistes (sauf un destiné aux enfants déficients auditifs) ayant pour mission de prévenir et d'aider à résoudre les facteurs d'échec scolaire dans les établissements primaires.

Le service compte un total de 65 médecins scolaires, représentant 55 ETP dont 12 médecins coordonnateurs titulaires, 23 médecins de terrain titulaires, et 20 ETP de médecins vacataires. 5 nouveaux postes de titulaires ont été créés au budget 2007 et les postes seront pourvus très rapidement.

Les médecins sont assistés de 72 secrétaires médicales et sociales spécifiquement rattachées au service de santé scolaire depuis septembre 2006 ; les autres sont affectées au service social scolaire. Le service compte également une dizaine d'infirmières travaillant dans le second degré à l'exception d'une qui est affectée dans une école élémentaire accueillant un grand nombre d'enfants handicapés moteurs et nécessitant des soins.

Pour le 1^{er} degré, on compte 41 ETP de médecins de terrain, encadrés par 12 médecins coordonnateurs, qui travaillent dans 650 écoles maternelles et élémentaires auprès de 135 000 élèves, soit un médecin temps plein pour environ 3200 élèves contre 1 médecin pour 4850 élèves comme moyenne nationale dans les services gérés par l'Etat.

* voir rapport de l'IGVP de 2003, publié sur Paris.fr

³⁵ annexe IV, organigramme

Les 12 médecins coordonnateurs, qui conservent une activité de médecins scolaires, organisent et encadrent le travail des médecins de terrain, ainsi que le travail de partenariat avec la PMI.

➤ Le service social

Le service est sectorisé et a une mission d'intervention dans les écoles publiques parisiennes du premier degré, soit 134 000 élèves, dont 56 400 élèves dans 322 écoles maternelles. Il est placé sous l'autorité d'une inspectrice technique. Il est composé de douze secteurs, correspondant à des arrondissements ou à plusieurs arrondissements³⁶.

Au niveau du SAMSS, les assistants sociaux ont bénéficié, en 2005, de formations spécifiques : secret professionnel en milieu scolaire, analyse de pratiques professionnelles en milieu scolaire, formation à l'éducation à la santé (« photo qui fait parler » ; « trousse santé »).

Le service social scolaire a suivi, en 2004/2005, quelques 20 000 élèves, dont 6620 élèves en maternelle. Ces suivis représentent plusieurs dizaines de milliers d'interventions de la part des assistants sociaux scolaires.

Au-delà de ce suivi, les assistants sociaux ont également un rôle de « conseil social » au sein de l'école car très présents dans les établissements (un assistant pour 1000 élèves en moyenne). Ils peuvent apporter leur éclairage technique indirect sur certaines situations, sans qu'il y ait pour autant un « suivi ». Ils jouent aussi un rôle de médiation entre familles, élèves et enseignants, **notamment pour la santé**. Ces interventions sont essentiellement axées sur une meilleure insertion scolaire des élèves mais aussi sur l'accompagnement vers les soins : 16% concernant l'orientation vers les services pédopsychiatriques, les centres de PMI (500 interventions en maternelle ; 1 194 interventions en élémentaire), les vaccinations, les consultations hospitalières, les interventions auprès des instances administratives ou judiciaires de protection de l'enfance (5%).

L'action préventive rentre dans le cadre des missions de la circulaire du 11 septembre 1991 du ministère de l'éducation nationale, concernant le service social en faveur des élèves, à savoir une action inscrite dans une politique globale et généraliste de prévention des inadaptations et des échecs scolaires et de leurs conséquences, un accent particulier sur les élèves les plus en difficulté, une participation, en concertation avec les enseignants et les personnels de santé, à l'éducation à la vie.

6.1.2. Le coût pour le département de Paris.

Pour le département de Paris, le coût des actions médico-sociales scolaires (hors CAPP) est de **10,71M€** (avant participation de l'Etat), soit 10,22M€ pour les personnels et 0,49M€ en dépenses de fonctionnement (loyers, marchés de service, frais divers).

Faute d'un règlement dans le cadre de la dotation globale au moment des lois de décentralisation, une convention, signée le 14 mars 2006 entre l'Etat et le Département de Paris, prévoit la reprise en charge financière par l'Etat, rétroactivement à compter du 1^{er} janvier 2003, d'une partie des dépenses de fonctionnement (0,15M€) et de personnel (3,3 M€), correspondant à :

- 37 médecins, soit 1 pour 4850 élèves (1^{er} degré et établissements municipaux du 2nd degré),

³⁶ chaque secteur est dirigé par une conseillère socio-éducative (15 au total), qui encadrent, sur le plan hiérarchique et sur le plan technique, des assistantes sociales scolaires ou assistants de service social (138 au total) et des secrétaires médicales et sociales (11 au total), dans les établissements scolaires.

- 14 infirmières, soit 1 par lycée municipal et auprès des élèves handicapés moteurs,
- 4 assistantes sociales, soit 1 pour 1800 élèves (établissements municipaux du 2nd degré).

Il faut noter aussi que l'Etat ne s'est, à ce jour, toujours pas acquitté des sommes dues au titre des années 2005 (3,2M€) et 2006 (3,45M€), dont le règlement devait intervenir avant le 30 juin 2006.

6.1.3. Une compétence étendue

Présents dans les écoles, les médecins de terrain y remplacent, depuis 1986, les médecins de PMI par délégation, pour y assurer le suivi de l'enfant de trois ans à onze ans.

Missions des médecins de santé scolaire

- **veille** : bien-être des élèves, pour contribuer à leur réussite ;
- **repérage**, diagnostic, évaluation de situations pathologiques, orientation médicale... ;
- **protection médicale** : consignes et mesures à prendre en cas de maladie infectieuse dans une école (tuberculose, méningite, scarlatine) ;
- **prévention et dépistage des troubles** : bilan médical obligatoire pour les enfants de grande section de maternelle, dépistages sensoriels, prévention et dépistage des troubles d'apprentissage, examens médicaux à la demande.
- **dépistage de maltraitance** : évaluation en concertation avec les assistantes sociales
- **prévention de l'obésité** dans les écoles maternelles : actions d'éducation nutritionnelle et de lutte contre la sédentarité auprès des enfants de maternelle et de leurs parents ; travail en commun avec la PMI pour développer un programme de nutrition (« comment bien manger et avoir envie de bouger »), dans le cadre d'un réseau « Ville-Hôpital », pour une prise en charge de l'enfant dans le cadre du programme national « Nutrition Santé ». La PMI assure la prévention et le dépistage des situations à risques et des surpoids débutants, le SAMSS assume le dépistage, le suivi et l'orientation des enfants atteints (souvent en pré-élémentaire), et les actions de prévention en milieu scolaire (édition de brochures d'éducation nutritionnelle) ;
- **accompagnement des enfants malades et handicapés** : scolarisation des enfants porteurs de maladie chronique et nécessitant soit une prise de médicaments sur le temps scolaire soit la mise en place d'un protocole d'urgence ; scolarisation des enfants présentant un handicap. Déjà très impliqué en ce domaine le SAMSS l'est encore plus depuis l'adoption de la loi du 11 février 2005.
- **lien entre le système éducatif et le système de prévention et de soins**³⁷

Même si le principe est celui « d'un médecin par école », on compte un médecin pour environ 15 à 20 écoles parisiennes, de petite taille à Paris (120 enfants maximum). Plus globalement, on compte un médecin (équivalent temps plein) pour 3200 élèves, ce qui apparaît relativement important par rapport à la moyenne nationale, étant entendu que certains arrondissements voient cette proportion varier en fonction des caractéristiques médico-sociales des territoires (16^{ème}, un médecin pour 3500 élèves ; Quartier de la Goutte d'Or, un médecin pour 2000 élèves). L'implication du service dans les réseaux ville-hôpital permet d'établir des liens de plus en plus étroits avec les médecins de ville.

³⁷ circulaire 12 janvier 2006 du ministère de l'éducation nationale.

Chaque médecin se déplace dans chaque école, en moyenne, une fois par semaine ou quinzaine. En effet, quelques établissements scolaires ne bénéficient pas de la présence d'un médecin à temps plein, notamment en raison des difficultés de recrutement. Cela étant, tous les établissements bénéficient de la présence d'un médecin scolaire. Et dans les cas ponctuels de vacance de poste suite à des problèmes de recrutement le médecin coordonnateur assure les urgences (intégration des enfants malades ou porteurs de handicap, protection de l'enfance en danger, méningite...)

De même, l'absence ou le manque de secrétaires médico-sociales pèse sur le travail du médecin.

Enfin, compte tenu de la nature des systèmes d'information du service, le travail du médecin est également tributaire de l'absence d'informatisation des dossiers. L'informatisation des dossiers médicaux est actuellement en cours d'expérimentation à l'Etat ; la DASES attend les conclusions de l'Etat pour ouvrir ce chantier.

Les entretiens menés par les rapporteurs avec des médecins coordonnateurs (13^{ème} et 20^{ème} arrondissements) et de terrain (18^{ème} arrondissement) ont démontré que le manque de locaux appropriés dans les écoles ne permettait pas toujours de travailler dans les conditions déontologiques prévues par la loi (confidentialité, hygiène,...), certains médecins travaillant dans la « salle des maîtres ». Par ailleurs l'absence de matériels « basiques » dans les écoles est vécue comme un handicap par ces médecins, contraints de transporter leur propre matériel. Mais le fait d'exercer au sein même des écoles et non dans des centres médico-scolaires permet d'établir des liens étroits avec les équipes pédagogiques. Les projets d'écoles nouvelles ou les restructurations intègrent la présence de locaux spécifiques pour le SAMSS.

Les souhaits des médecins scolaires sont donc liés à leur situation matérielle et pour la plupart générateurs de coûts supplémentaires : améliorer les conditions de travail (locaux adéquats, matériels sur place), améliorer leur rémunération horaire.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la DASES a apporté les précisions suivantes : « *les locaux ne sont pas toujours appropriés en raison des contraintes générales d'espace pesant sur les écoles parisiennes dans le contexte de croissance du nombre d'enfants scolarisés.*

Les taux horaires sont de 19 € bruts pour les généralistes et 23 € bruts pour les spécialistes qu'ils travaillent en PMI ou en scolaire (taux horaire supérieur à celui de l'Etat suite à une décision du Conseil de Paris qui a intégré la RTT dans ce taux horaire). Plus généralement, la Ville de Paris est évidemment tenue par les règles du statut et des rémunérations de la Fonction publique.

La politique de la Ville de Paris qui crée régulièrement de nouveaux postes budgétaires de titulaires, dans le cadre d'un plan de résorption de l'emploi précaire, vise à offrir un cadre de recrutement plus attractif pour les médecins et plus stable pour le service.

Les médecins scolaires bénéficient d'une formation médicale continue organisée par le service. Ils disposent chacun de matériel médical de qualité (audiométrique, tests visuels, tests de dépistage des troubles des apprentissages).

Des accords avec la direction des Affaires scolaires (dont dépendent les locaux) viennent d'être passés afin que pour tous les problèmes de locaux ou de mobiliers, l'encadrement médico-social ait un référent unique dans chaque arrondissement au sein des services opérationnels déconcentrés de la DASES. »

6.2. L'articulation des missions de la médecine scolaire parisienne avec la PMI

6.2.1. L'articulation des missions entre la PMI et le SAMSS est réelle

Dans les petites et moyennes sections de maternelle, le bilan de 3-4 ans, effectué dans les autres départements par les services de PMI, est réalisé par le service de santé scolaire parisien, **qui a choisi de ne pas effectuer de bilan complet systématique avec deux exceptions** : en petite section de maternelle, le dépistage visuel est systématique, de même qu'en moyenne section de maternelle, sont systématiques le dépistage auditif et le dépistage des troubles sévères du langage oral (sur repérage de l'enseignant).

Suite aux dépistages en petite et moyenne section de maternelle, certains enfants bénéficient ensuite d'un bilan médical individuel complet, sur proposition des médecins ou des enseignants.

En grande section de maternelle, le bilan pour les enfants de 5-6 ans est effectif pour plus de 80% des enfants de grande section concernés avec plus de 70% des parents présents ce jour là. En cas d'absence de ces derniers, un nouvel entretien est proposé aux parents. En cas de non-réponse, un examen obligatoire est prévu l'année suivante en cours préparatoire. **Au total, le taux de couverture des 5-6 ans est de 92%, supérieur à la moyenne nationale qui n'est que de 60%.**

Au niveau central, est également renforcée la coopération « stratégique », entre la PMI et le SMASS, concernant plusieurs missions : les vaccinations, qui contraignent à un travail personnalisé dans le premier degré, le dépistage et l'éducation bucco-dentaire, le dépistage et le suivi du saturnisme infantile chronique, le dépistage de la tuberculose dans les écoles, l'intégration scolaire individualisée d'enfants atteints de maladies chroniques, la prévention et le suivi des surcharges pondérales et de l'obésité.

Au plan local, diverses coordinations existent entre la sous-direction de la petite enfance de la DFPE (dont relève la PMI) et la sous-direction de la santé de la DASES (dont relève le SAMSS) :

- transmissions d'informations médico-sociales entre les médecins de crèche et / ou de PMI et les médecins scolaires pour des situations individuelles nécessitant une attention ou un suivi particuliers en milieu scolaire ;
- coordinations précoces pour l'intégration scolaire, en classes ordinaires ou spécialisées, d'enfants handicapés (notamment avec le médecin de PMI en crèche) ;
- coordinations précoces pour l'accueil individualisé d'enfants atteints de maladies chroniques ;
- coordinations précoces autour de situations d'enfants en danger ou susceptibles de l'être.

Il faut noter les liens entre les infirmières du SAMSS des lycées municipaux et les centres de planification et d'éducation familiale de la PMI.

6.2.2. Les résultats obtenus

Sur 133 000 enfants, les responsables interrogés estiment, de façon subjective, que **« la majorité des enfants vont très bien »**.

Les indicateurs relatifs à la santé des enfants parisiens³⁸ montrent néanmoins des résultats dégradés pour un certain nombre de pathologies, **dont le saturnisme, l'obésité**, et avec une montée en charge des enfants ayant des maladies chroniques (environ 2000 enfants).

On compte quelques 1500 enfants handicapés dans les écoles maternelles et primaires, (1093 dans les classes ordinaires, 375 dans les classes d'intégration). La préparation de l'intégration scolaire de ces enfants, notamment en application de la loi du 11 février 2005, et la participation aux maisons du handicap, est en cours.

6.3. La réalisation des bilans de santé

Les données fournies ci-après et fondées sur le rapport d'activité 2004-2005 du service de santé scolaire, ne reflètent pas la réalité dans les écoles parisiennes, faute de statistiques complètes (absence de secrétaires médico-sociales dans certains arrondissements).

6.3.1. Les bilans de santé sont systématiques à des âges charnières du cursus scolaire

Le bilan individuel complet consiste en un temps de dialogue avec l'élève avec examen physique, surveillance de la croissance, statique vertébrale, capacités sportives, état bucco-dentaire, dépistage systématique des capacités sensorielles, appréciation du graphisme ou d'éventuels troubles du langage, évaluation du développement psychomoteur et affectif, appréciation de la place de l'enfant dans sa famille.

L'examen à la demande est plus ciblé (à défaut d'un dossier médical permettant de vérifier qu'un bilan complet a déjà été réalisé). Les examens font l'objet d'un dialogue avec les parents, par contact direct ou par l'intermédiaire du carnet de santé, dans le respect du secret médical (carnet, lettre aux parents sous pli cacheté). 31 713 examens médicaux ont été effectués sur des enfants en 2004/2005 par la médecine scolaire parisienne, ce chiffre se décomposant comme suit :

	En maternelle (56 407 enfants)	En élémentaire (77 669 enfants)	Total premier degré (134 076 enfants)	Totaux avec le second degré (140 753 enf.)
Bilans obligatoires	15 150	6 914	939	23 003
Examens à la demande	2 010	5 644	1 056	8 710
Totaux	17 160	12 558	1 995	31 713

6.3.2. Les bilans de santé obligatoires`

Deux examens de santé des élèves, en grande section de maternelle et en cours préparatoire, permettent d'obtenir, pour les enfants de 5-6 ans, un taux de couverture d'examen de 98%.

³⁸ Annexe X

En grande section de maternelle : le seul bilan inscrit aujourd'hui comme tel dans la loi (art. L.2325-1 du code de la santé publique) est celui des enfants de 5-6 ans. Il correspond à l'examen effectué le plus souvent en grande section de maternelle ; il constitue une véritable « visite médicale d'admission » avant le passage en école élémentaire. Le regard du médecin scolaire est, ici, différent de celui du médecin de PMI, puisqu'il s'agit d'une « aide aux apprentissages ». Le bilan complet s'attache en effet à rechercher d'éventuels troubles passés inaperçus, notamment dans le domaine des capacités motrices, sensorielles, psychologiques. Une collaboration avec l'enseignant permet au médecin d'être particulièrement attentif aux enfants en difficulté scolaire. Un dépistage systématique de l'obésité est réalisé

En 2005, ont été examinés 15 150 élèves, soit 86,6% des enfants inscrits en grande section de maternelle, et 77% des parents étant présents. A cette occasion (hors avis pour vaccinations ou rappels de vaccination : environ 3000), 6 340 avis ont été envoyés aux médecins traitants, souvent pour des problèmes visuels de l'enfant, plus rarement pour des troubles du langage (4%) et pour l'obésité (4%). Dans ce dernier cas, les médecins ne font pas d'avis systématique, donnent des conseils aux parents sur l'alimentation et l'importance de « bouger », essaient de les convaincre de consulter le médecin traitant. Le taux de réponse des médecins traitants est jugé insuffisant par le service (34%).

En cours préparatoire : Les enfants qui n'ont pas pu bénéficier de ce bilan en grande section de maternelle sont vus par le médecin scolaire au début de l'année suivante. En 2005, sur 2800 élèves non examinés l'année précédente, plus de 80% ont pu l'être par le médecin scolaire, 49% des parents étant présents. Ce bilan est également effectué en « CLIN » (classes de « primo-arrivants »).

6.3.3. Les examens cliniques effectués à la demande

La demande vient le plus souvent de l'équipe pédagogique, du médecin scolaire, des parents, de l'assistante sociale, de l'équipe de santé scolaire, parfois de l'élève lui-même. Les parents sont prévenus et peuvent y assister.

Il peut s'agir d'une inquiétude sur l'état de santé, d'une inaptitude à l'éducation physique et sportive, temporaire ou prolongée, d'une situation de difficulté scolaire nécessitant un passage devant une commission, mais le médecin peut aussi être sollicité pour une situation d'urgence médicale (incident ou accident, problème infectieux) ou sociale (enfant maltraité, enfant en situation de danger). Pour le médecin scolaire, ces examens « ciblés » sont toujours importants, et doivent donner lieu à un examen attentif. Dans les situations « d'urgence », il peut se rendre aussitôt auprès de l'enfant concerné, interrompant son travail dans une autre école. Les parents sont prévenus, et associés. Le tableau ci-après présente le nombre d'enfants examinés et le taux de parents d'élèves ayant reçu un avis afin que leur enfant subisse un examen par un médecin de ville.

	Elèves examinés	Taux des parents d'élèves avisés
En maternelle	2 010	45,3%
En élémentaire	5 644	45,0%
Total Premier degré	7 654	45,1%
Total avec second degré (1 056)	8 710	45,2%

Ce sont les arrondissements du nord et de l'est de Paris qui génèrent la plus grande part de ces examens. Au total 8 710 élèves ont été examinés en 2005³⁹.

6.3.4. Les dépistages systématiques ciblés au cours du bilan de santé

Le dépistage sensoriel précoce (audition, vision) fait partie intégrante de tout bilan clinique complet, plus fréquent pendant les premières années de scolarité, à la recherche de troubles méconnus ou d'apparition progressive. Les parents sont invités à consulter leur médecin de famille, en cas d'anomalie. Il est effectué selon des protocoles adaptés à l'âge de l'élève.

Les dépistages visuels précoces, en 2005, étaient au nombre de 33 710. Ils ont été réalisés en petite section de maternelle (13 745 enfants, soit 69% de l'effectif total, avec un retour aux avis médicaux de 20%). Ils ont été également effectués en moyenne section (4 305 élèves non dépistés l'année précédente). En moyenne section, ils se sont insérés dans le bilan médical (15 660 enfants, soit 89,5% de l'effectif avec un retour des avis de 40%).

Les dépistages auditifs précoces ont concerné 28 069 élèves de maternelle dont 66% en moyenne section et 88% en grande section.

Le dépistage précoce des troubles spécifiques des apprentissages, chez les élèves de 4 à 9 ans, est réalisé par les médecins scolaires, formés à l'outil « BREV » (batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives). En moyenne section, un questionnaire est proposé à l'enseignant sur chaque enfant. Sur 19 073 élèves, 57% ont répondu. Seuls, 873 signalements d'élèves ont été faits. En grande section, le dépistage de ces troubles est systématique lors du bilan (623 élèves en 2005, dont 80 adressés à un centre spécialisé pour un bilan plus poussé).

6.3.5. Les actions de protection en faveur des élèves

Le médecin scolaire participe au dispositif de protection de l'enfance en danger et travaille en étroite collaboration avec le service social scolaire.

³⁹ **ces examens peuvent concerner plusieurs cas de figure** : Une orientation des élèves en classes spécialisée ; un handicap de l'élève, nécessitant une aide à l'intégration scolaire, en classe spécialisée ; une maladie chronique de l'élève ; le dépistage des cas de saturnisme chez les enfants scolarisés en maternelle et habitant un logement insalubre ou à risque concernant le plomb ; les appels aux médecins scolaires pour des cas d'enfants en danger ou susceptibles de l'être, dans le cadre du dispositif de protection de l'enfance (voir infra) ; après le dépistage bucco-dentaire en moyenne section de maternelle et en cours préparatoire, la vérification par le médecin scolaire si les soins signalés ont été exécutés ; la surveillance de la protection vaccinale (la vaccination en elle-même étant du ressort du service vaccination).

Ainsi, il peut contacter la cellule spécialisée de la DASES, dénommée « Traitement des Signalements et de l'Urgence » (TSU), qui relève du Bureau de l'ASE et donc de la Sous-Direction des Actions Familiales et Educatives.

Appréciation de la mission

L'inscription d'un service de santé scolaire au sein des services administratifs du département constitue une plus-value importante pour l'efficacité de la protection infantile. Le travail croisé avec le service social permet une bonne approche transversale. Par rapport aux résultats nationaux, le très fort pourcentage d'élèves bénéficiant de ces bilans, y compris en présence des parents, est à noter. Un effort particulier doit donc être entrepris en direction de ceux qui échappent à cette organisation systématique.

La préoccupation consistant à assurer le suivi des dépistages, systématiques, ou à la demande, lors des bilans à l'école maternelle est importante dans le service ; les médecins de santé scolaires rencontrés par la mission souhaitent réaffirmer la nécessité du bilan systématique, même si 90% des enfants vus seraient en bonne santé. La loi du 5 mars 2007 sur la protection de l'enfance prévoit la mise en place du bilan pour tous les enfants scolarisés en école maternelle entre 3 ans et 1/2 et 4 ans, avec des tests de dépistage choisis en fonction de l'âge de l'enfant et mis en œuvre par des professionnels formés, ce que le SAMSS a d'ores et déjà organisé. Mais dans ce département comme dans les autres départements visités par la mission, ce qui constitue la clé de la réussite en matière de santé est représenté par la qualité du suivi. Sur ce plan, la question de la prescription et de l'adressage à la médecine de ville, ainsi que les liens avec les parents, sont fondamentaux. La mission n'a pas été en mesure d'apprécier la réalité et la qualité de ce suivi. Il serait souhaitable que la Direction fasse réaliser une étude sur une cohorte d'enfants.

Septième partie : l'aide sociale à l'enfance

7.1. Le suivi sanitaire des enfants de l'ASE

On rappellera que le « schéma départemental conjoint de prévention, d'aide aux familles et de protection de l'enfance », réalisé en 2002, fait de la santé des mineurs une priorité. Concernant les enfants de l'ASE, ce schéma fixe des « *principes relatifs à la prise en compte de la santé des enfants, dans un cadre de prévention et de protection de l'enfance* » :

- permettre aux parents et aux enfants d'être acteurs dans la prise en compte de leur santé ;
- assurer la prise en compte de la santé des mineurs bénéficiant d'une mesure administrative ou judiciaire dans le cadre du dispositif de prévention et de protection de l'enfance ;
- assurer l'accès à la prévention, à l'éducation à la santé et aux soins et préserver la continuité du suivi médical pendant toute la durée du mandat, en collaboration avec les services de droit commun ;
- prévenir et prendre en charge les problèmes de santé d'ordre psychologique ou psychiatrique, en collaboration avec les services de psychiatrie adulte et infanto-juvénile ;
- développer un réseau partenarial de suivi et de prise en charge.

L'aide sociale à l'enfance (ASE) est une compétence départementale, décentralisée en 1983. Elle est restée placée sous la responsabilité de la DASES. Les articles 221-1 et 226-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) prévoient que les actions de prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs sont menées par le service de l'ASE en liaison avec le service de PMI et le service départemental d'action sociale. La PMI est donc juridiquement compétente pour suivre, notamment dans le cadre de la protection des mineurs maltraités, les enfants de l'ASE.

7.1.1. Une organisation diffuse

Il n'existe pas à proprement parler de « service médical » de l'ASE mais plutôt une prise en charge théorique globale des enfants et adolescents confiés à l'ASE, qui inclut la protection de leur santé. La problématique présentée aux rapporteurs, à plusieurs reprises, a consisté à dire que les enfants de l'ASE sont des enfants comme les autres, qui doivent avoir un suivi médical de droit commun. La réalité de l'état de santé des enfants confiés à l'ASE est bien différente. On assiste, depuis la décentralisation, à une « démedicalisation » des services de l'ASE de Paris, puisqu'on est passé d'une prise en charge très « médico-médicale » à une prise en charge très orientée vers l'accompagnement social.

Les relations avec les services de PMI sont difficiles, et reposent plus sur des relations de travail pragmatiques et de nature personnelle que sur une organisation permettant de pallier un cloisonnement préjudiciable à un bon suivi des enfants. Ce constat est contesté par la DFPE et la DASES dans leur réponse au rapport provisoire : « *On ne peut écrire que les relations avec la PMI sont difficiles* ». *Ces relations gagneront cependant à être explicitement formalisées sur certains sujets : centres maternels ; pouponnières. Ceci est en cours. Il n'existe pas à proprement parler [...] de cloisonnement préjudiciable à un bon suivi des enfants.* » La mission d'inspection maintient que ce cloisonnement a été déploré par ses interlocuteurs au sein des services concernés.

Pour pallier ces dysfonctionnements, et compte tenu d'une forte demande, la DASES a créé depuis 2002 une « cellule-santé », au sein de la sous-direction des affaires familiales et éducatives, qui est composée du médecin conseil auprès de la sous-directrice précitée, d'un

médecin adjoint et d'une infirmière. Par ailleurs, la sous-direction bénéficie d'un médecin pédopsychiatre chargée de mission, elle aussi placée auprès de la sous-directrice, accompagnant plus spécifiquement les enfants relevant du Bureau des Adoptions.

Si beaucoup d'enfants parisiens sont placés hors de Paris (69% - tout mode de placement confondu : placement familial et hébergement), il n'en demeure pas moins que les accueils en établissement (pouponnières, centres maternels et foyers) sont majoritairement situés à Paris ou en région parisienne (au 30-06-06 : 1062 accueils collectifs à Paris pour 828 en Ile de France hors Paris et 577 en province).

Les « **établissements départementaux**⁴⁰ », dont les personnels relèvent de la fonction publique hospitalière, se décomposent en centres d'accueil d'urgence, foyers de l'enfance (accueillant des enfants jusqu'à 13 ans), établissements pour adolescents, centres maternels (mères avec enfant(s)). Un certain nombre d'établissements associatifs sont habilités pour le même type d'accueil.

Qu'il s'agisse du secteur public ou du secteur associatif, les structures accueillant des 0-3 ans ont le plus souvent une équipe médicale associant médecin (à temps partiel), puéricultrices et infirmières. Pour les établissements accueillant des plus de 3 ans, un certain nombre d'entre eux ont un médecin attaché à l'établissement, en règle générale sur un mode de vacations à temps partiel, d'autres ont une infirmière, travaillant le plus souvent en collaboration avec un médecin libéral de proximité. Quelques établissements n'ont aucun professionnel de santé, le suivi médical préventif recommandé étant alors organisé de façon plus variable.

Les « **services d'accueil familial** » sont des unités administratives déconcentrées ayant délégation de compétences et de signature pour des décisions de prise en charge et de suivi socio-éducatif des jeunes, pour le recrutement des assistantes maternelles et la signature de leur contrat. Ces services sont au nombre de 9, relevant du Bureau départemental d'accueil familial (4 en Ile de France dont 1 parisien, et 5 en province), et encadrent les familles d'accueil qui leur sont rattachées géographiquement : 920 assistantes familiales, dont 55 à Paris, soit 1556 enfants pris en charge en 2005. Ces familles d'accueil (*assistantes familiales*) sont agréées et suivies par la PMI du département leur ayant attribué leur agrément conformément à la réglementation. L'approche préventive en matière de santé pour cette catégorie d'enfants est encore peu harmonisée, chacun des services mettant en place les modalités de suivi qu'il trouve adaptées.

La DASES précise que « *Ces services d'accueil familial font actuellement l'objet d'une réorganisation importante, à partir d'un cahier des charges prenant bien en compte les questions de santé et l'importance d'un suivi médical régulier des enfants accueillis.*

Plusieurs de ces services d'accueil familial travaillent lorsque c'est possible en collaboration avec les services de PMI des départements où ils sont situés pour les enfants de moins de 6 ans. A Paris même, la création récente d'un service d'accueil familial parisien devrait faciliter ce type de collaboration avec le service de PMI de Paris. Quant à une formation spécifique ou à une sensibilisation des assistantes familiales à la problématique de ces enfants et aux questions de santé, la réalité varie fortement d'un service à l'autre selon l'équipe qui encadre le service d'accueil familial. »

⁴⁰ Annexe IV, organigrammes

7.1.2. Des études sur la santé des enfants de l'ASE

Comme l'ont montré⁴¹ un certain nombre de travaux, menés au plan national ou local, les deux principaux axes sur lesquels il est essentiel d'intensifier les actions pour une bonne prise en charge des enfants confiés à l'ASE sont la scolarité et la santé.

Les deux études menées par le département de Paris sur l'état général des enfants de l'ASE⁴² donnent des indications intéressantes pouvant contribuer à l'amélioration de la prise en charge des questions de santé de ces jeunes.

- des problématiques lourdes existent, liées à des malformations congénitales, des pathologies chroniques, des handicaps moteurs ou cérébraux ont une fréquence élevée évaluée à 21% des enfants, 13% des adolescents et ceci quel que soit le type de mode d'accueil ;
- les troubles du développement psychomoteur touchent plus d'un enfant sur trois, mais aussi 13% des adolescents et sont fréquemment rapportés par les médecins à des séquelles psychologiques (20 à 30%), et/ou physiques (5 à 8%) de mauvais traitements ;
- les perturbations psychologiques sont fréquentes et liées à des troubles du sommeil, de la conduite alimentaire, l'anxiété, l'instabilité, les troubles du comportement
- les violences subies sont importantes, notamment les violences sexuelles chez les filles (16% contre 4% dans la population générale)
- les troubles dépressifs sont constatés à tous âges

Des travaux menés au plan régional confirment ces données⁴³. La mission a noté avec grand intérêt l'existence de ces études, qui sont rarement menées dans les autres départements⁴⁴, et qui peuvent constituer une base de travail particulièrement précieuse pour engager un véritable suivi de l'état de santé de ces jeunes.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, la DASES a souligné que « *Ces études mettent en évidence un suivi curatif le plus souvent attentif, dès lors qu'une pathologie ou un handicap est déjà connu. Par contre, le suivi médical préventif reste plus difficilement mis en oeuvre, les problématiques de santé latentes, fréquentes dans la population accueillie en raison de nombreuses carences (santé, développement psycho-affectif) étant peu ou mal explorées.*

En règle générale, les mineurs en famille d'accueil sont cependant relativement bien suivis sur le plan santé, les assistantes familiales ayant souvent recours à leur médecin de famille pour les mineurs accueillis comme pour leurs propres enfants. »

⁴¹ 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

⁴² 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

⁴³ mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion en Ile-de-France (MIPES), enfants et adolescents confiés à l'ASE et à la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), compte rendu du colloque du 12 janvier 2006

⁴⁴ une étude récente menée dans le Maine-et-Loire présente aussi un grand intérêt

7.1.3. La « cellule santé » a pour missions le suivi médical des enfants de l'ASE et le soutien aux professionnels de santé

La création de la « cellule-santé » au sein de la sous-direction des actions familiales et éducatives de la DASES a eu pour objectif de définir et de mettre en œuvre une politique de santé globale, fondée sur le partenariat et le soutien des professionnels de santé ou socio-éducatifs qui travaillent auprès des enfants de l'ASE.

Un suivi médical : Il n'a pu être organisé à ce stade d'examen médical systématique « à l'entrée », pour chaque enfant ou adolescent pénétrant dans le dispositif de l'ASE, car le placement est souvent beaucoup trop rapide pour permettre la réalisation d'un bilan de santé. Mais un dossier médical est systématiquement ouvert pour chaque enfant. Les pouponnières et les centres maternels disposent depuis 2003 d'un dossier médical harmonisé, facilitant le suivi préventif des enfants de 0-3 ans. Pour les plus de trois ans, seul le médecin qui reçoit l'enfant en consultation peut ouvrir un dossier médical, et en garde la responsabilité : ces dossiers ne peuvent faire l'objet d'un recueil au niveau de l'établissement que si le médecin est rattaché à l'établissement (vacations) ou s'il y a une infirmière.

Les dossiers de suivi médical, lorsqu'ils existent, sont envoyés en fin de prise en charge à la cellule santé qui en assure la conservation et l'archivage. Par contre, en cas de ré-orientation vers une autre structure d'accueil, cette transmission doit être effectuée par le médecin ayant assuré ce suivi, notamment en utilisant le carnet de santé. A défaut, la cellule santé peut cependant être sollicitée par le nouveau lieu d'accueil pour faciliter la liaison avec ce médecin.

Un document « suivi médical recommandé », diffusé à l'ensemble des professionnels, rappelle les examens et dépistages prévus dans le carnet de santé de l'enfant et recommande qu'un examen médical soit systématiquement effectué « à l'entrée » dans le dispositif de l'ASE, pour chaque enfant.

Les parents sont considérés comme « partie prenante » au suivi médical de leur enfant, et associés autant que faire se peut à ce suivi durant toute sa prise en charge par l'ASE. D'autant plus que les enfants confiés à l'ASE gardent majoritairement des liens avec leur famille conformément à la loi (notamment loi N°2002-2) et relèvent donc souvent de la couverture sociale de celle-ci.

Dans le domaine de la santé mentale, le service d'Aide Sociale à l'Enfance est confronté, lui aussi, aux difficultés d'accès à la prévention et aux soins psychiatriques, comme à l'insuffisance d'accès aux structures médico-éducatives adaptées aux pathologies et handicaps d'une partie des mineurs pris en charge (1 à 2%). Parmi les mineurs accueillis, l'accroissement de ce type de difficultés induit des prises en charges de plus en plus complexes et coûteuses, avec le plus souvent une succession de placements par défaut, avec un retentissement inévitable sur ces mineurs eux-mêmes mais aussi sur leur entourage.

Un soutien aux professionnels : La « cellule santé » soutient, de manière fonctionnelle, tous les professionnels de proximité, en contact avec les enfants accueillis par l'ASE. L'exposé de ses missions et son rapport d'activité, malgré de réelles difficultés pour fournir des données chiffrées, démontrent qu'elle joue un rôle essentiel de soutien. Elle joue ce même rôle en cas de situation individuelle problématique, en relation autant que possible avec les professionnels de santé de proximité du lieu d'accueil (médecin traitant de la famille d'accueil, médecin libéral attaché ou non au lieu d'accueil). Elle organise avec les professionnels précités des réunions d'échange et de travail, élabore et met en place des outils permettant de mieux formuler un dossier médical par enfant, exerce une fonction de

communication entre médecins, de même entre professionnels de santé et professionnels socio-éducatifs ou administratifs, rappelle les règles de vigilance en cas de maladies infectieuses ou de canicule, établit un lien avec les institutions médicales (protocoles de pédopsychiatrie), notamment pour les mineurs étrangers isolés, en partenariat avec l'hôpital de l'Hôtel Dieu (dans le cadre de la CAMI : cellule administrative chargée des mineurs étrangers).

7.1.4. La mesure de l'activité

Nombre d'enfants pris en charge par l'ASE					
Source: bureau de l'ASE	1990	2002	2003	2004	2005
Nombre d'enfants pris en charge par l'ASE	5 835	4 966	5 186	5 279	4 956
Nb enfants pris en charge par l'ASE et présents dans le département	1 809	1 539	1 607	1 636	1 536
Nb enfants de 0 à 6 ans pris en charge par l'ASE et présents dans le DP	Non accessible	193	187	193	184
Nombre d'enfants de l'ASE de 0 à 6 ans pris en charge par la PMI	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné
Nombre d'enfants de l'ASE porteurs d'une maladie chronique	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné
Nombre d'enfants de l'ASE suivis par le secteur de pédo-psychiatrie	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné

Le nombre d'enfants de l'ASE suivis par la PMI est difficile à connaître, car, selon les réponses au questionnaire de l'IGAS : « *La P.M.I. ne participe pas de façon spécifique au suivi des enfants de l'ASE : ceux-ci sont suivis au même titre que les autres enfants dans les centres de protection infantile* ».

Mais d'après ce qu'a pu constater la mission, la fréquentation des centres de PMI, qui ont ciblé une clientèle d'enfants de 0 à 3 ans, est peu développée, sauf si la famille d'accueil la fréquente pour ses propres enfants. De plus, les centres ne sont pas conçus pour les enfants plus âgés, surtout au-dessus de 6 ans.

Par ailleurs, au plan central, les réunions formelles ASE/PMI autour de « cas difficiles » et pour le suivi des familles dans le temps sont rares : « *La collaboration entre P.M.I. et ASE est actuellement encore peu développée : un protocole de collaboration est en cours d'élaboration pour renforcer l'efficacité et la synergie des actions des deux services* ».

7.2. Les liens avec les autres services

Il s'agit des liens du service de l'Aide Sociale à l'Enfance avec les autres services.

7.2.1. Des difficultés liées au positionnement géographique

Il n'existe pas de « circonscriptions géographiques ASE ». Les équipes des « secteurs » de l'ASE sont en réalité centralisées en un lieu unique (rue de Reuilly), tandis que leurs partenaires sociaux et médicaux (équipes du service social polyvalent : SSP), de la PMI, de la médecine scolaire) sont, elles, réparties dans les arrondissements parisiens, sur le terrain. Les organisations en secteurs de ces partenaires n'étant pas similaires sur le plan géographique, et ne possédant pas de locaux communs, cet « éclatement » pose des difficultés relationnelles pour les services de l'ASE, mais n'empêche pas des liaisons régulières.

7.2.2. Des liens fréquents mais peu formalisés entre l'ASE (DASES) et la PMI (DFPE)

En règle générale, les enfants accueillis dans les « services d'accueil familial » de l'ASE, sont soignés par les médecins de PMI, ou les médecins libéraux.

Les mères des enfants accueillis en pouponnières ou en centres maternels de l'ASE, peuvent choisir pour leurs enfants soit la médecine libérale, soit les médecins de PMI.

Toutefois, toutes les visites post-natales prévues par le code de la santé publique ne sont pas réalisées en PMI, les mères préférant souvent se rendre à l'hôpital ou chez un médecin libéral. Les centres maternels n'étant pas considérés comme un domicile, les visites à domicile et l'hospitalisation à domicile ne peuvent être mises en œuvre. Cette question mériterait d'être précisée dans le cadre de la renégociation de la convention avec l'AP/HP.

Si l'encadrement en personnel des centres maternels est globalement important, il n'en demeure pas moins que les professionnels de santé se réduisent à la puéricultrice et aux auxiliaires de puériculture de la crèche. Un médecin de ville assure également des heures de vacation. Pour les personnels éducatifs qui accompagnent ces jeunes femmes qui connaissent des situations difficiles y compris sur le plan sanitaire, la nécessité de veiller à un bon suivi pré- et post-natal, organisé avec des consultants extérieurs, est un travail lourd et complexe, l'importance de ce suivi étant centrale.

Au quotidien, au plan local, les liens sont permanents, mais purement spontanés et informels entre les médecins de secteur PMI et les responsables de secteur de l'ASE (notamment pour les AEMO : actions éducatives en milieu ouvert). Ils concernent des familles en difficulté et devant faire l'objet d'un suivi.

De façon plus ponctuelle, plusieurs cas de figure se présentent :

- en amont, les « staffs de parentalité » identifient les mères enceintes les plus fragiles.
- les « séances de tri PMI » où tous les avis de naissance arrivent au service social polyvalent (SSP) de la DASES. Une réunion est organisée entre SSP et PMI, afin d'identifier les situations d'enfants les plus fragiles.
- la « commission technique enfance » permet des échanges entre professionnels, pour des situations complexes. Des réunions sont organisées pour des cas ponctuels.

7.2.3. Des liens étroits entre l'ASE (DASES) et la santé scolaire (DASES)

Hormis leur appartenance à la même Direction (DASES), au quotidien, les liens entre la cellule santé de l'ASE et la sous direction de la santé sont, par nature, très étroits.

En cas de maltraitance, on rappellera que si un enfant semble être en situation de danger, le médecin scolaire, en cas d'urgence, peut alerter sans délai, l'autorité administrative, directement ou par le biais de l'assistante sociale, et joindre la cellule spécialisée dans le traitement des signalements et de l'urgence (TSU/bureau de l'ASE de la DASES), voire les services de l'ASE.

Une prise en charge médicale est également organisée puisque les consultations pour adolescents de l'ASE, dans les centres « Ridder » et « Boursault » sont assurées par des médecins du service de santé scolaire.

7.2.4. Des liens développés par la cellule santé avec d'autres partenaires

La mission et le rapport d'activité de la « cellule santé » de l'ASE confirment la plus-value de cette structure dans l'attention portée aux questions de santé. Les partenariats traditionnels que sont l'éducation nationale (dispositifs relais au collège), les services de pédopsychiatrie ou la commission départementale de l'éducation spéciale (CDES) fonctionnent de manière inégale.

Un autre type de partenariat, plus formalisé, a pu conduire à l'élaboration d'un « protocole santé adolescents » offrant aux adolescents de l'ASE, notamment des mineurs isolés étrangers, un bilan médical préventif. Il s'agit là d'une véritable prise en charge médicale des enfants de l'ASE, faisant collaborer plusieurs services : Service des vaccinations, « Espace santé jeune » de l'Hôtel-Dieu (AP-HP), Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil de l'hôpital Saint Anne, Comité médical pour les exilés, Institut « Alfred Fournier » et les consultations adolescents déjà citées. Un partenariat avec la nouvelle « Maison des adolescents » a été envisagé mais n'a pas encore été mis en oeuvre.

Il demeure impossible de fournir des données chiffrées sur les enfants accueillis dans ce cadre. Mais la responsable de la cellule atteste qu'un bilan annuel est effectué entre professionnels concernés sur le fonctionnement (d'ailleurs positif) du protocole.

Des groupes de travail sont également constitués entre la cellule santé et des médecins chargés de l'aspect santé pour l'ASE de leur département, en Ile de France, de même, entre ladite cellule et des acteurs institutionnels régionaux (DRASSIF) et nationaux (DGS, DGAS).

Le premier groupe de travail a permis une réflexion sur une meilleure prise en compte de la santé lors de la prise en charge à l'ASE et le second groupe a mené à des améliorations (refonte du carnet de santé, meilleure prise en charge des mineurs protégés, groupes à thèmes sur la tuberculose et les migrants, sur la périnatalité et la précarité).

Appréciation de la mission

La mission a regretté un positionnement institutionnel qui renforce le cloisonnement entre la PMI et l'ASE sur les questions de santé, même si, d'une part, la création de la cellule santé et, d'autre part, les accords de partenariat permettent de pallier partiellement ces dysfonctionnements.

L'état de santé des enfants de l'ASE ne peut être traité uniquement par les systèmes de droit commun, même si ces derniers doivent être privilégiés.

L'analyse des données sur l'état de santé des enfants de l'ASE, dont la mission a relevé le grand intérêt, devrait conduire à une prise en compte plus importante des problèmes de santé psychique mais aussi physique du jeune lors de son admission à l'ASE, à un suivi de sa santé pendant son placement à l'ASE, en liaison avec la famille biologique lorsque c'est possible, et à la mise en place d'un système d'observation épidémiologique au niveau du département de Paris. Ce n'est pas encore le cas.

Huitième partie : recommandations

8.1. Poursuivre les objectifs de rationalisation des services de PMI envisagés par la direction en charge de la PMI

La création de la DFPE peut être considérée comme une étape « organisationnelle » positive.

- par la conclusion de conventions entre les directions (DASES et DFPE) et les services

Les différents travaux engagés pour analyser les tâches des différents professionnels mériteraient de déboucher sur l'élaboration d'une convention entre les directions et les services, notamment en raison de l'imbrication budgétaire entre la ville et le département.

- en continuant la réorganisation en cours

Pour cela, la mission préconise de :

- Rendre les circonscriptions de PMI homogènes du point de vue de la population couverte et des moyens alloués. La taille et le découpage des circonscriptions de PMI ne doivent pas nécessairement correspondre exactement aux arrondissements de Paris, mais permettre une adéquation entre les besoins de la population et les moyens (notamment en personnels) de la PMI ;
 - Recentrer, sous la dépendance des médecins de PMI, tous les personnels intervenant dans les centres de PMI (qui actuellement ne dépendent que du médecin-chef de PMI), y compris les puéricultrices qui, désormais, en dépendraient *hiérarchiquement* ;
 - Revoir le plan de charge des médecins de PMI, c'est-à-dire les dégager de leurs consultations sur le terrain (sauf une consultation par semaine pour rester en contact avec les usagers du service public), ainsi que de leur rôle de conseil pour l'agrément et le suivi des AM ; accroître leur rôle d'encadrement, de partenariat, d'élaboration de projets en matière de santé publique (exemple du saturnisme) ; poursuivre la titularisation des vacataires ; déléguer aux médecins de secteur les tâches (très lourdes) de protection de l'enfance (signalements par les médecins et les puéricultrices de secteur) ; rééquilibrer le nombre des médecins de secteur, afin d'alléger le nombre de leurs consultations quotidiennes (passées de 10 à 15 par jour, en 10 ans) et de leur permettre de consacrer une partie de leur énergie aux visites à domicile, aux liaisons avec les pédo-psychiatres ;
- A cet égard, la mission prend acte des engagements de la DFPE qui rejoignent ses préconisations.
- Moderniser les systèmes d'information en dépit des « résistances » au changement, et remplacer progressivement la gestion encore manuelle par une informatisation performante de la gestion des centres de PMI ;
 - Mettre à l'ordre du jour le « dossier unique », dans l'optique d'un travail à plusieurs intervenants ;
 - Systématiser l'évaluation des actions à partir notamment de statistiques informatisées pour la gestion future des activités, permettant de valoriser ou de réorienter une action, et d'avoir une approche affinée des publics ;
 - Mesurer les coûts analytiques de fonctionnement.

8.2. Améliorer le suivi des femmes enceintes.

- Revoir impérativement la convention de 1996 avec l'AP/HP sur la protection maternelle déléguée ; y prévoir l'évaluation régulière des activités de protection maternelle menées pour le département par les maternités de l'AP/HP, ainsi que les modalités selon lesquelles l'entretien du quatrième mois de grossesse sera réalisé en liaison avec la PMI ;
- Revoir les circuits d'inscription pour que les femmes enceintes, en situation précaire (y compris sans papiers) puissent bénéficier du dispositif général (y compris pour l'IVG), dans les maternités de l'AP/HP et les futurs réseaux ville-hôpital ;
- S'assurer que les bénéficiaires de la CMU et de l'AME sont bien admises dans les maternités ne relevant pas de l'AP/HP, et y veiller notamment dans le cadre des projets de réseau ville-hôpital ;
- Compléter le dispositif par des structures d'hospitalisation de type « lits de suite en moyen séjour », dotées d'équipes sociales et psychologiques, nécessaires dans certaines situations de mères et d'enfants en grande difficulté psychosociale, durant la période périnatale (toxicomanies, psychopathologies, troubles du lien parental,...) ;
- Veiller à ce que l'intervention des sages-femmes de PMI ne soit pas détournée de son objectif dans le cadre des visites à domicile : réaffirmer en direction des partenaires hospitaliers la nature psycho-sociale de leur mission pour éviter qu'elles ne soient insérées dans les prescriptions des maternités dans le cadre de l'hospitalisation à domicile ;
- Développer une collaboration avec les centres maternels, en termes de suivi pré- et post-natal préventif, en référence au CSP L. 2112-2-4, comme en terme de planification familiale ;

Dans sa réponse au rapport provisoire, la DFPE précise que « *les propositions de la mission sont actuellement travaillées avec l'AP-HP. Par ailleurs, une structure de lits de suite va être ouverte en 2007 (projet Horizons).* »

8.3. Continuer à améliorer le dispositif de la promotion de la santé des enfants

- Remédier aux limites du dispositif de protection infantile de proximité :
 - en tirant les conséquences de l'enquête menée auprès des bénéficiaires pour apprécier s'il convient d'élargir les plages horaires des consultations, par rapport à la saturation estimée des services de PMI (800 dossiers en « file active ») et au déficit numérique des personnels ;
 - en renforçant la diversité des compétences dans les centres de PMI (psychomotriciennes pour le dépistage du handicap, diététiciens afin de mieux lutter contre l'obésité des enfants, psychologues...) ;
 - en soutenant les actions de partenariat avec des professionnels extérieurs (CMP, CAPP, etc...).
- Clarifier le rôle des centres de PMI situés en milieu hospitalier afin de déterminer clairement ce qui relève d'une activité de la PMI, avec une priorité dans l'âge des enfants bénéficiaires, et d'une activité médicale de pédiatrie ;

- Remédier aux limites du dispositif de dépistage et de prise en charge précoce du handicap. La création du CAMSP (centre d'action médico-social précoce) du 18^{ème} permettra de « couvrir » le quart nord-est de la capitale ; mais chaque centre de néonatalogie devrait pouvoir bénéficier d'un CAMSP à proximité.

A ce sujet, la DFPE précise que « *le financement des CAMSP est défini par le l'article L2112-8 du code de la santé publique qui précise qu'il est assuré par « une dotation annuelle à la charge des régimes d'assurance maladie pour 80% de son montant et du département (PMI) pour le solde.*

Une réflexion menée conjointement avec les services concernés de la DASS et de l'AP/HP a permis de mettre en œuvre cette organisation de partenariat entre services de PMI, centres de néonatalogie et CAMSP. C'est dans ce cadre que le 4^{ème} CAMSP parisien a été installé dans le 18^{ème} en partenariat avec le pôle périnatal de Robert Debré.

Un projet pour un 5^{ème} CAMSP en relation avec le pôle Cochin est à l'étude. »

8.4. Dynamiser la gestion des modes de garde

Il s'agit de dépasser les limites liées à la couverture insuffisante du territoire de Paris, ce qui signifie :

- au plan organisationnel :
 - accroître le nombre des maisons de l'enfance, au nombre actuel de six (bientôt sept), lieux d'information, d'accueil et de rencontres destinés aux parents de jeunes enfants, mais également aux professionnels de la petite enfance. La DFPE a précisé que pour les maisons de l'enfance, création extra-légale volontariste de la Ville de Paris (et non du département) une évaluation est en cours sur leur rôle et sur l'intérêt de les généraliser. En effet, les besoins d'information des parisiens sur la famille et l'enfance conduisent à envisager un élargissement de leur fonction d'information en relation étroite avec les mairies d'arrondissement : c'est dans ce sens qu'a été créé un relais d'information famille à la mairie du 12^e arrondissement, avec l'appui de la mission famille de la DFPE ;
 - revoir le nombre actuel (sept) des RAM en fonction de l'évolution du taux de natalité des arrondissements ainsi que du nombre d'assistants maternels ;
- au plan fonctionnel :
 - alléger les procédures d'agrément des assistants maternels, singularité parisienne, tout en assumant la responsabilité et la sécurité qui en découlent ;
 - pour les modes de garde individuels, limiter la composition des deux commissions d'agrément et d'appel à deux professionnels, et pas obligatoirement des médecins ;
 - pour les modes de garde collectifs, alléger le rôle des médecins de la PMI, ainsi que la part de leur temps de travail absorbée par l'activité d'agrément, mission sans rapport direct avec leur mission médicale.

La mission donne acte à la DFPE qu'elle a porté un constat similaire au sien et qu'elle se met en état au cours du prochain semestre d'alléger les procédures d'agrément, de suivi et de renouvellement des assistants maternels. En ce qui concerne l'agrément et le contrôle des modes de garde collectifs qui sont du ressort réglementaire de la PMI, la direction estime qu'il s'agit d'une mission de santé publique conformément aux articles L 2324-1 à L.2324-4 du code de la santé publique. Dans cette optique, la direction proposera au prochain semestre 2007 un recentrage de cette mission vers les médecins (agrément et contrôle), supprimant

ainsi la double commande actuelle des médecins et des coordinatrices : elle a dans ce sens élaboré des outils adaptés à cette mission, destinés aux médecins.

8.5. Elargir et rendre plus accessible le dispositif d'éducation et de planification familiale.

L'effort actuel vers plus d'accessibilité et de coordination doit être poursuivi:

- la création récente d'un poste de gynécologue, chargée de donner plus de cohérence aux actions locales et de promouvoir une politique de santé en direction des plus jeunes (y compris les femmes étrangères et/ou en situation de précarité) doit être encouragée et poursuivie afin d'aboutir, à terme, à la création d'une véritable équipe chargée de la coordination ;
- afin d'atteindre de façon plus importante les jeunes, les nouvelles orientations doivent privilégier la création de structures de quartier plus accessibles que certains centres de planification installés au sein des maternités des hôpitaux parisiens et qui ne touchent pas les jeunes ;
- la bonne insertion des CEPF dans le tissu médical parisien devrait permettre, quand les dispositions légales le permettront, de prendre en charge l'IVG médicamenteuse dans les mêmes conditions que les médecins libéraux.

8.6. Assurer un suivi plus formalisé de l'état de santé de la population accueillie par l'ASE et développer le partenariat entre services.

- Améliorer le suivi sanitaire des enfants de l'ASE

Si la création d'une cellule « santé » au sein de l'ASE constitue un indéniable progrès, il n'en demeure pas moins que l'état de santé des enfants ne peut être traité uniquement par les systèmes de droit commun. Même s'il apparaît difficile d'assurer un suivi médical structuré, car beaucoup d'enfants parisiens sont placés en dehors de Paris (60%), et de dispenser un examen médical systématique « à l'entrée », car le placement intervient très rapidement, il n'en demeure pas moins que s'imposent une prise en compte plus importante de la santé du mineur lors de son admission à l'ASE, en liaison avec la famille biologique lorsque c'est possible, et la mise en place d'un système d'information épidémiologique.

- Renforcer les liens avec les autres services

Résoudre les difficultés liées au positionnement géographique suppose une réorganisation territoriale en « circonscriptions géographiques ASE », toutes les équipes des « secteurs » de l'ASE n'étant plus centralisées en un lieu unique (rue de Reuilly), mais, à l'instar de leurs partenaires sociaux et médicaux, installées dans les arrondissements.

- Envisager de nouveaux protocoles avec le service de la PMI

D'une façon plus spécifique, il convient d'encourager des méthodes de travail en concertation des services de l'ASE avec les services de PMI, notamment pour les personnes relevant des deux services. Des protocoles doivent être envisagés, afin d'arriver à une amplification des liens entre les deux services (accueil en urgence, femmes enceintes, cas psycho-sociaux).

- Favoriser la concertation avec les structures spécialisées

De plus en plus de foyers de l'enfance, qui n'ont pas vocation à être médicalisés, se retrouvent, à Paris comme ailleurs, face à des enfants ou adolescents ayant des troubles du comportement. Faute d'une bonne articulation avec les structures spécialisées, les structures de l'ASE, qui les accueillent pour une durée indéterminée, connaissent des difficultés croissantes pour leur prise en charge. Il convient donc de renforcer la concertation avec les structures spécialisées (psychiatres), afin d'éviter le rejet ultérieur de ces jeunes par les établissements d'accueil.

8.7. Consolider la médecine scolaire

L'inscription d'un service de santé scolaire au sein des services administratifs du département constitue une plus-value importante pour l'efficacité de la protection infantile, surtout avec une optimisation -en trois points- des conditions d'exercice de la médecine scolaire :

- améliorer les conditions de travail des médecins « itinérants » (informatisation des dossiers) et des médecins scolaires (locaux adéquats, matériels sur place, amélioration de leur rémunération horaire actuelle de 19€ bruts pour les médecins généralistes vacataires et de 23€ pour les spécialistes) ;
- pallier l'absence ou le manque de secrétaires médico-sociales (SMS) : Leur absence ralentit le travail du médecin dans certains arrondissements, et le fonctionnement du service de santé scolaire. A cet égard, la DASES attend une amélioration du rattachement des SMS au service de santé scolaire et non plus à la responsable du service social ;
- maintenir les bilans de santé systématiques sous certaines conditions : Le système des bilans représente une approche de masse, analytique, qui permet de passer au « tamis » la santé de la totalité des enfants, afin d'en « extraire » les enfants qui ont un besoin pressant de soins médicaux. Mais la mise en œuvre est spécifique à Paris en raison de l'existence du SAMSS. Le pourcentage d'enfants vus dans ce cadre est, lui aussi, particulièrement élevé par rapport aux autres départements. Comme l'indique le rapport de synthèse de l'IGAS, l'efficacité des bilans repose surtout sur la méthodologie adoptée et la qualité du suivi des diagnostics effectués. La mission recommande de suivre les préconisations des études menées sur ces sujets et notamment celles de la Haute autorité de santé en mutualisant les bonnes pratiques.

La mission insiste plus particulièrement sur la nécessité de revoir l'articulation entre le dépistage et le suivi par les familles des troubles dépistés, ce suivi étant le point clé qui détermine et conditionne le succès du dépistage.

CONCLUSION

La PMI du département de Paris a développé une réelle spécificité, caractérisée par :

- la richesse de ses missions et de ses actions de prévention en faveur des jeunes enfants : démarches de santé publique, offre vaccinale, implication en faveur des populations démunies, accueil de proximité, accompagnement individualisé à domicile ;
- une protection maternelle confiée à l'AP-HP par convention, le département contribuant à la prise en charge financière du suivi médical et obstétrical des futures mères dépourvues de couverture sociale et mettant à disposition de l'AP-HP du personnel administratif ainsi que des sages-femmes ;
- des centres de PMI, souvent gérés parallèlement à des centres de santé, des consultations de planification familiale ou à des établissements d'accueil des jeunes enfants, et constituant un atout, par leur implantation et leur vision « pluridisciplinaire » de la famille ;
- l'inscription d'un service de santé scolaire au sein des services administratifs du département, plus-value importante pour l'efficacité de la protection infantile ;
- un très substantiel renforcement de l'offre en matière de modes de garde individuels et collectifs des jeunes enfants, accompagné d'une forte attention à la qualité et à la professionnalisation de l'accueil des enfants.

Des améliorations sont envisagées en s'orientant vers :

- une organisation territoriale de la PMI coordonnée par le médecin d'arrondissement, qu'il convient de charger de l'encadrement des équipes de secteur et du suivi des projets territoriaux ;
- le renforcement des fonctions d'épidémiologie, d'évaluation, d'informatisation des services ;
- l'approfondissement des relations partenariales entre PMI et AP-HP, au travers d'un travail commun de réflexion et d'évaluation des pratiques professionnelles, notamment sur l'accès aux soins des femmes enceintes en situation précaire (surtout celles sans papiers) et sur l'identification des risques psycho-sociaux de la grossesse. La négociation d'une nouvelle convention entre la Ville de Paris et l'AP-HP s'avère nécessaire pour finaliser ces orientations ;
- l'élargissement et l'accessibilité du dispositif d'éducation et de planification familiale : développement de l'IVG médicamenteuse si les conditions réglementaires sont modifiées au niveau national ; actions collectives et actions de prévention en faveur des jeunes et des populations les plus vulnérables, cela en partenariat renforcé avec l'AP HP ;

- le décloisonnement entre les services de la PMI et de l'ASE, notamment afin d'améliorer le suivi sanitaire des enfants de l'ASE, en particulier ceux confiés aux établissements spécialisés. Une mission spécifique de l'Inspection générale de la Ville de Paris devrait être engagée.
- une amélioration des conditions d'exercice de la médecine scolaire (locaux adaptés, rémunération des médecins).

Danièle JOURDAIN MENNINGER
Inspectrice générale
des affaires sociales

François GUICHARD
Inspecteur général
de la Ville de Paris

Rémi LONG
Chargé de mission
Inspection générale de la Ville de Paris

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : lettres de mission

Annexe 2 : liste des personnes rencontrées

Annexe 3 : données démographiques

Annexe 4 : organigrammes

Annexe 5 : cartes

Annexe 6 : missions du bureau de PMI

Annexe 7 : état de l'indicateur de l'état de santé des enfants

Annexe 8 : mesures de l'activité

Annexe 9 : les visites à domicile

Annexe 10 : état de santé des enfants

Annexe 1 – lettres de mission

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

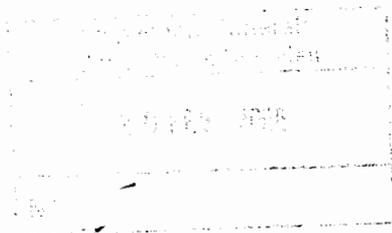


Ministère de la Santé et des Solidarités

FXR/MGD/D.1648

Paris, le

20 FEV. 2006



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 renouée 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

03 AVR. 2006

NOTE

à l'attention de

Madame Brigitte JOSEPH-JEANNENEY
Directrice Générale de l'Inspection Générale

Objet : Mission d'évaluation des politiques publiques dans le domaine de la protection maternelle et infantile.

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a engagé une mission d'évaluation des politiques publiques conduites dans le domaine de la protection maternelle et infantile dans le cadre des réflexions en cours sur les politiques d'aide sociale à l'enfance. La mission a sélectionné plusieurs départements dont celui de Paris.

Madame Marie Caroline BONNET-GALZY, Chef de l'IGAS, propose de conduire cette mission de façon conjointe avec l'inspection générale de la Ville de Paris.

Je suis favorable à cette mission conjointe pour laquelle vous déterminerez une méthodologie commune avec l'IGAS en vue d'aboutir à un rapport conjoint.

Cette mission étudiera les conditions et résultats de la politique de protection maternelle infantile du Département de Paris, ses liens avec la médecine scolaire, et proposera le cas échéant, les évolutions s'avérant nécessaires pour que la protection maternelle infantile joue pleinement son rôle notamment au regard de la protection de l'enfance.

Cette mission devrait être engagée rapidement afin que le rapport définitif puisse m'être remis fin juin 2006.

Naturellement, dans le cadre de la procédure contradictoire, le rapport provisoire devra être envoyé à la directrice des familles et de la petite enfance avant de m'être envoyé dans un second temps, s'agissant d'une mission ministérielle.

Vous trouverez auprès des services de la protection infantile et de la Sous-Direction de la santé tout le soutien dont vous aurez besoin pour mener à bien cette mission.

Bien à vous



Bertrand DELANOË

Annexe 2 – Liste des personnes rencontrées

Cabinet du maire de Paris

Mme Olga TROSTIANSKY, maire adjointe chargée de la petite enfance et de la famille
 Mme BAILLEUX HAUSER, conseillère technique au cabinet du Maire de Paris

Direction des familles et de la petite enfance

Mme MOREL, Directrice
 Dr. DELOUR, médecin chef de PMI
 Dr. AYEL, médecin gynécologue, responsable de la mission planification familiale et périnatalité
 Dr. DESPLANQUES, médecin de PMI
 Mme HOCHEDÉZ, chef du bureau de la PMI
 Mme GANTOIS, inspectrice technique, service social de PMI
 Mme BEAUPLET, sage femme de PMI, surveillante chef

Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé

Mme GUEYDAN, directrice
 Mme ORSINI, sous-directrice des actions familiales et éducatives
 Dr. BOURDAIS, médecin conseil, chef de la cellule santé
 Mme GROSSET, sous-directrice de la santé
 Dr. RICHARD, service de santé scolaire
 Mme GORCE, cellule d'accueil de l'ASE

Assistance publique/Hôpitaux de Paris

Dr. CARRICABURU, chargée de mission
 M. LE STUM Direction des finances

Médecins d'arrondissement 14^{ème}, 19^{ème}, 20^{ème}

Dr. CHARRON,
 Dr. ROCHE,
 Dr. CHOCHON

Service de santé scolaire

Dr. THIERY, 18^{ème} arrondissement
 Dr. BADIER, médecin coordonnateur, 13^{ème} arrondissement
 Dr. TOUBEAU MELLET, médecin coordonnateur, 20^{ème} arrondissement

Hôpital SAINT LOUIS

Dr. HOMASSON, médecin responsable du centre de planification des naissances
 Mme CANISI, sage femme

Hôpital BICHAT

Professeur MAHIEU CAPUTO,
 Professeur MADELENAT,
 Dr. FAUCHER, responsable du centre de planification des naissances
 Dr. BATACLAN
 Dr. ALANE, pédiatre
 Plate forme PMI : Mme MOREL, Mme BOUTERACHE

Hôpital NECKER

Mme PACAUD, surveillante chef de la maternité
Mme NORMAND, sage femme

Hôpital Robert DEBRE

Professeur OURRY
Mme SCHELLER, sage femme
Mme VERNIER, psychologue

Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN)

Dr. LEYMANIE, directeur du centre de santé MGEN
Dr. KABILA COSTA, médecin gynécologue
Mme ANDERSON, conseillère conjugale

Centre de planification de la rue CAVE, 18^{ème} arrondissement
Mme BEAUPLÉ, sage-femme, cadre supérieur

Centre de PMI Vaucouleurs

Dr. FRYBOURG, médecin de PMI, responsable d'arrondissement

Centre de PMI Marcadet

Mme BESANCON, directrice du centre
Dr. ROCHE, médecin de PMI d'arrondissement
Dr. SCOGMAGLIA, médecin de PMI,
Mmes LENDAIS et PERONNE, agents de service
Mmes DUTEIL et ACHARD, auxiliaires de puéricultrice

Puéricultrice de secteur

Dr. DANZON, médecin de PMI d'arrondissement du 10^{ème} arrondissement
Mme CHAUMET RIFFAUD, coordinatrice
Mme DE BONNAVENTURE
Mme GUYARD
Mme OLIVIER
Mme MENU
Mme RIVIERE
Mme MASSON

Centre maternel départemental rue nationale 13^{ème} arrondissement
M. TUANDEM, directeur du centre

« Espace santé jeunes », HÔTEL DIEU

Dr. Dinah VERNANT, responsable de « espace santé jeunes »

Annexe 3 – données démographiques

Données démographiques et caractéristiques sociales relatives au Département de Paris

DONNEES DEMOGRAPHIQUES	1990	1999	2002	2003	2004
Population totale	2 152 329	2 125 851	-	-	2 142 800 ***
Nombre d'habitants de 15 à 50 ans	1 183 916	1 157 991	-	-	
Nombre d'enfants de moins de 6 ans	140 973	136 761	-	-	138 204
Part des 0-20 ans	18,7%	18,3%	-	-	18,3%***
Taux de natalité (pour 1000)	14,6	14,7	15,2*	14,8*	14,8**
Nombre d'enfants nés vivants de parents résidant dans le département	31 487	31 187	32 237	31 493	31 817

* en référence à la population RGP1999

** en référence à l'estimation de la population 2004

*** estimation APUR

CARACTERISTIQUES SOCIALES	1990	2002	2003	2004
Taux de chômage (décembre)				11,4%
Proportion de chômeurs de longue durée (plus d'un an) (décembre)				
Nombre de bénéficiaires du RMI		50.069		59.970 dont 30.024 sans enfant
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)				4091
Part des bénéficiaires de la CMU complémentaire sur la population totale				
Taux de familles monoparentales	*	28,5%**		25,8%

* Données RGP 1990 : familles monoparentales : 6,8% des ménages parisiens

** Données RGP1999 : familles monoparentales : 7,1% des ménages parisiens et 28,5% des familles parisiennes.

Annexe 4 – organigrammes

Annelaure HOCHÉDEZ
Chef du Bureau de la PMI
 Bureau 216
 01 43 47 73 02

Secrétariat BP.MI, Sages-Femmes,
 Inspectrices techniques
 Bureau 218
 Marie-Genèviève AUMONT 01 43 47 73 57
 Roseline GENGOUL 01 43 47 72 59
 Traitement des déclarations de grossesse
 Secrétariat psychologues
 Maryse THEODOSE 01 47 73 70 62

SECTION 1

Budgets et tutelle financière,
 comptabilité, vaccins
 Bureau 311
 François LEVIN 01 43 47 73 01

Bureau 310
 Liquidatrices
 Monique FILLON 01 43 47 74 25
 Centres associatifs et associations
 Eve BRUHAT 01 43 47 73 17
 Centres départementaux et services PMI
 Patrick GATEAUD 01 43 47 73 15
 Suivi des vaccins - Interprétariat
 Myriam VANWAMBEKE 01 43 47 73 65

Bureau 312
 Comptabilité et liquidation de factures
 Franceleine GIRAUD 01 43 47 73 41
 Coordination des structures d'accueil
 Annette SUSINI 01 43 47 74 99
 Centres de l'Assistance Publique
 Stéphane TESTAS 01 43 47 73 05

Bureau 312
 Agrément établissements
 Suivi de dossiers du Médecin-Chef
 Anne SALVADORI 01 43 47 73 08

SECTION 2

Locaux, travaux, équipements,
 gestion personnelle et formation
 Bureau 217
 Sylvain BATUT 01 43 47 73 82

Bureau 213 bis
 Synthèse statistique, suivi des dossiers
 informatiques et de la documentation
 Vincent ATTUYT 01 43 47 73 81
 Commandes documentation et imprimés
 Budget de fonctionnement
 Lina CHICATE 01 43 47 73 74

Bureau 213
 Personnels de ménage et psychologues
 Sophie JAGER 01 43 47 73 16
 Médecins vacataires
 Marine PERRON 01 43 47 73 60
 Formation
 N. Envois en nombre et mises sous pli
 Agnès DUCROUX 01 43 47 75 09

Bureau 215
 Logistique, travaux, équipements
 Isabelle PEINOT (10^e, 11^e, 12^e, 18^e, 19^e et 20^e) 01 43 47 70 63
 Régis LE SCOUZEZEC (1^{er} au 9^e, 13^e au 17^e) 01 43 47 76 08

SECTION 3

Service social de PMI
 Inspectrice technique
 Bureau 18
 Evelyne GANTOIS 01 43 47 73 40
 Adjointe - Bureau 11
 Marie-Christine FILLETTE 01 43 47 76 66

Bureau 21
 Agrément assistant(e)s maternelle(s)
 Myriam GOYAT 01 43 47 73 47
 Georges NIETO 01 43 47 73 44
 Danielle VICIDOMINI 01 43 47 73 48

Bureau 19
 Formation assistant(e)s maternelle(s)
 Anne VINCITTO (psychologue) 01 43 47 73 79

Bureau 21
 Secrétaire
 Maria FOULLON 01 43 47 73 58
 Claude THIEBAUT 01 43 47 78 30

Légendes :

Etablissements petite enfance

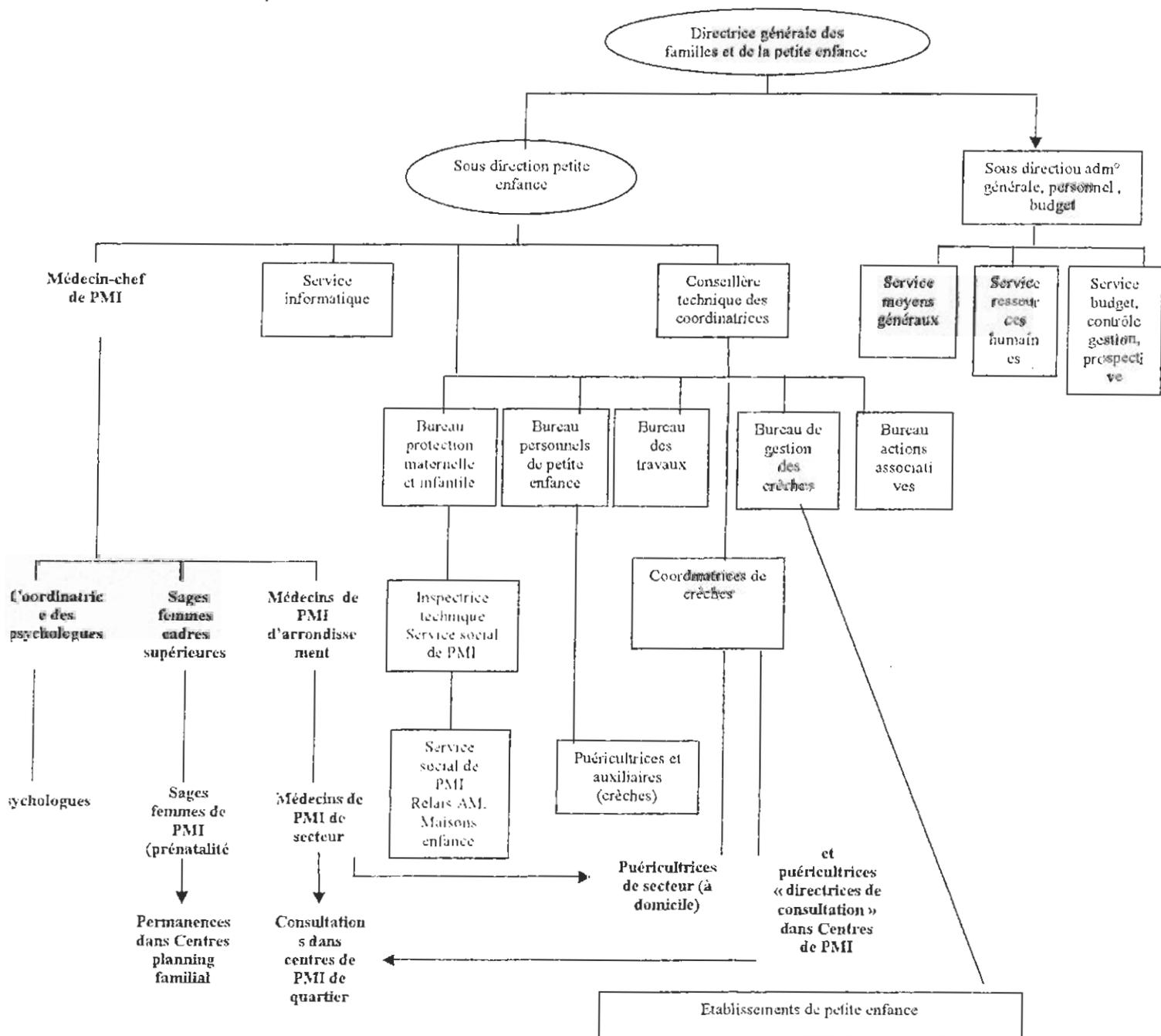
Service départemental PMI 450 agents (actions)

Bureau PMI (150 agents) gestion, agrément AM

Services généraux (DASES)

relations fonctionnelles : ←
relations hiérarchiques : —

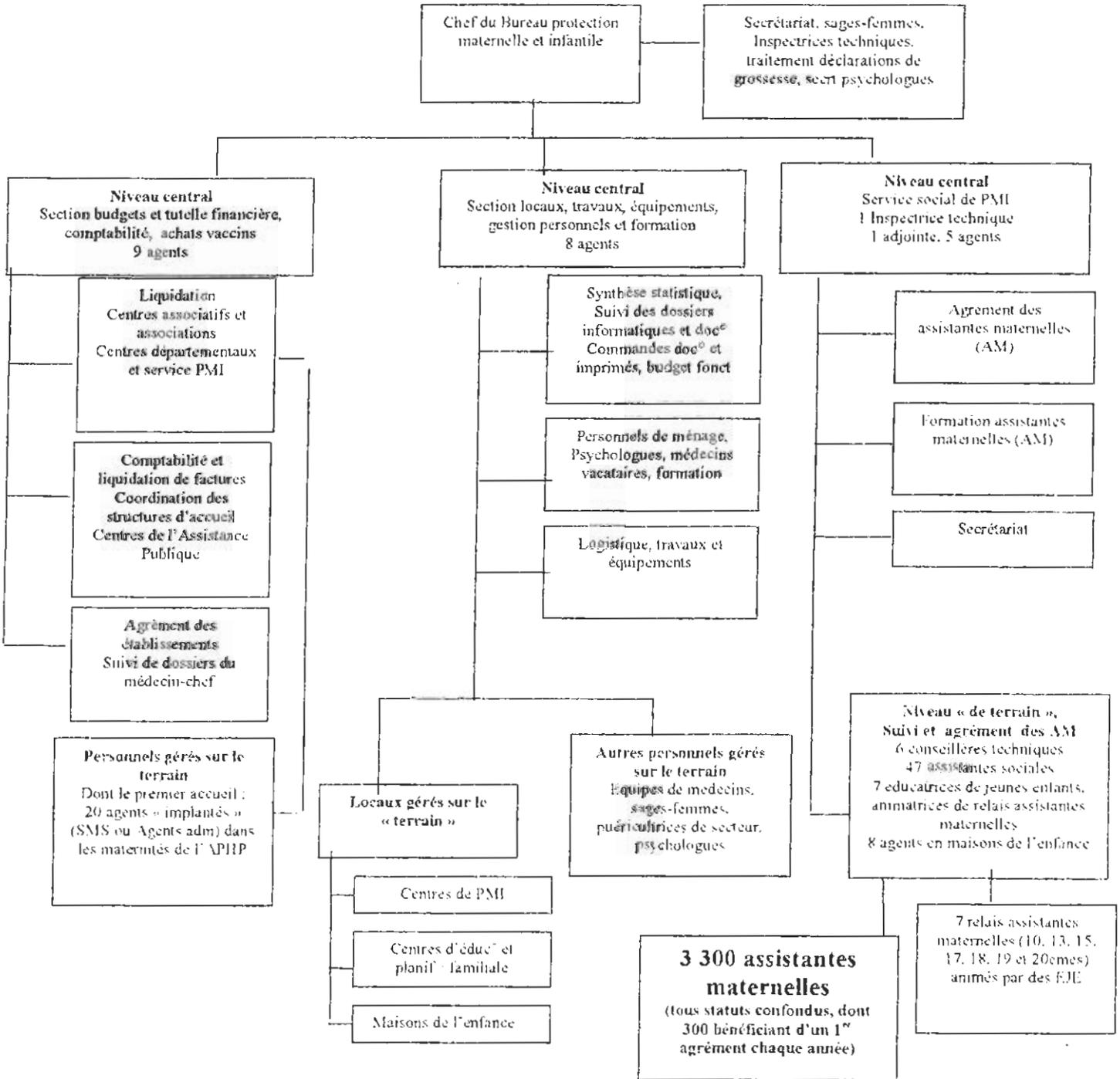
ORGANIGRAMME N°1 (SIMPLIFIE)



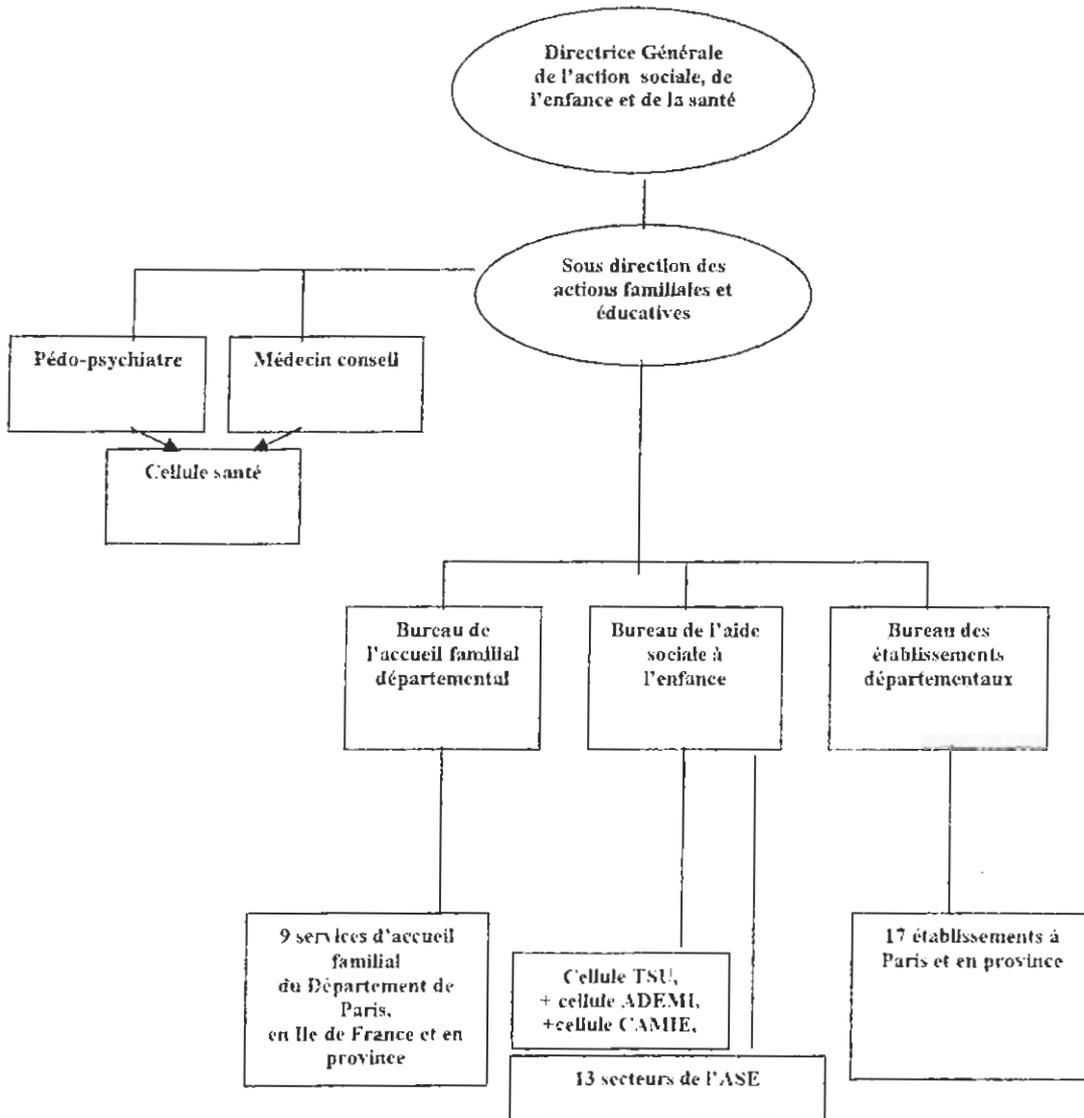
Légende :

- PMI
- Services communs

**ORGANIGRAMME 2
(simplifié)**



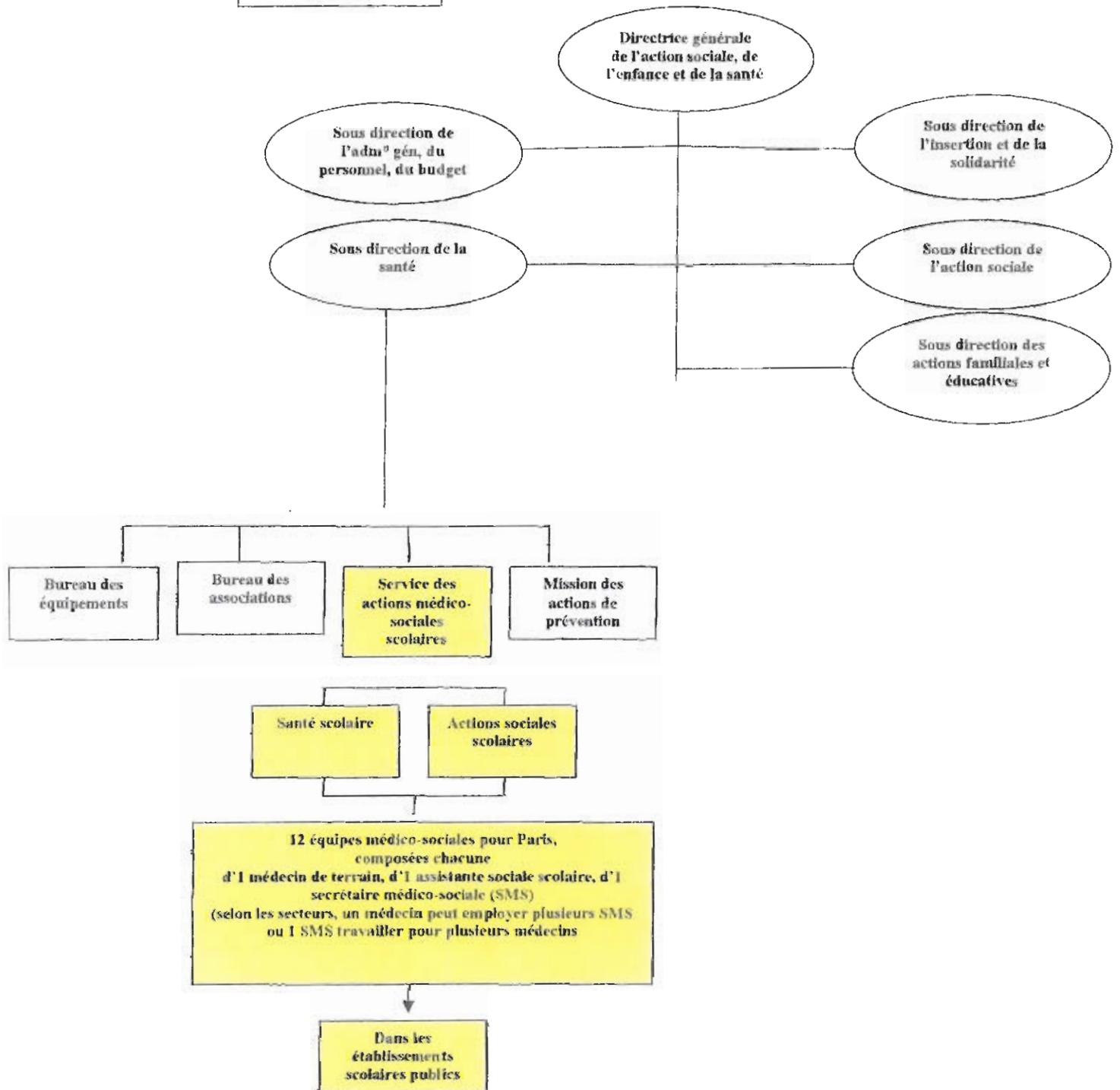
ORGANIGRAMME 3
(simplifié)



NB :

- TSU : Permanence spécialisée dans le traitement des signalements et de l'urgence.
- ADEMI : Action départementale envers les mères isolées avec enfants
- CAMIE : Cellule administration mineurs isolés étrangers.

Organigramme 4
(simplifié)



Annexe 5 – cartes

1) Au sein de la PMI, on dénombre 20 médecins d'arrondissement (appelés aussi médecins d'encadrement / 19 exactement en raison d'une vacance de poste) qui sont répartis sur 14 « circonscriptions » ou « secteurs » (avec parfois plusieurs médecins sur le même arrondissement). Le nombre de ces médecins dans l'arrondissement est indiqué dans l'encart de forme ovale (exemple ci-après du XVIIe qui compte trois médecins d'arrondissement) :

3

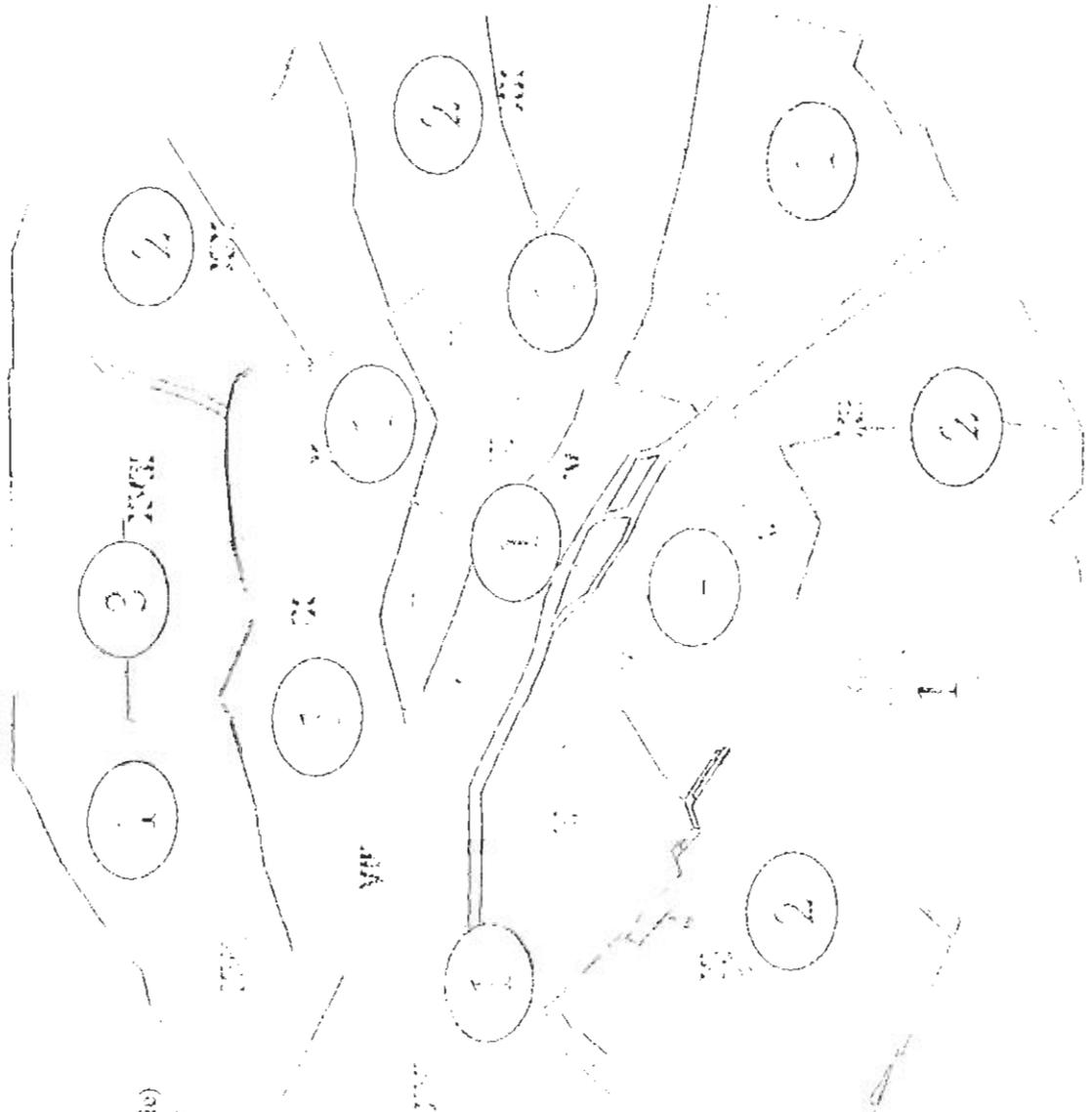
2) Concernant ces 14 secteurs, trois cas se présentent :
 - 1 secteur peut correspondre à 1 arrondissement (exemple du XVIIe)
 - 1 secteur peut correspondre à plusieurs arrondissements (exemple des I, II, III, IVe ou des V et VIe).

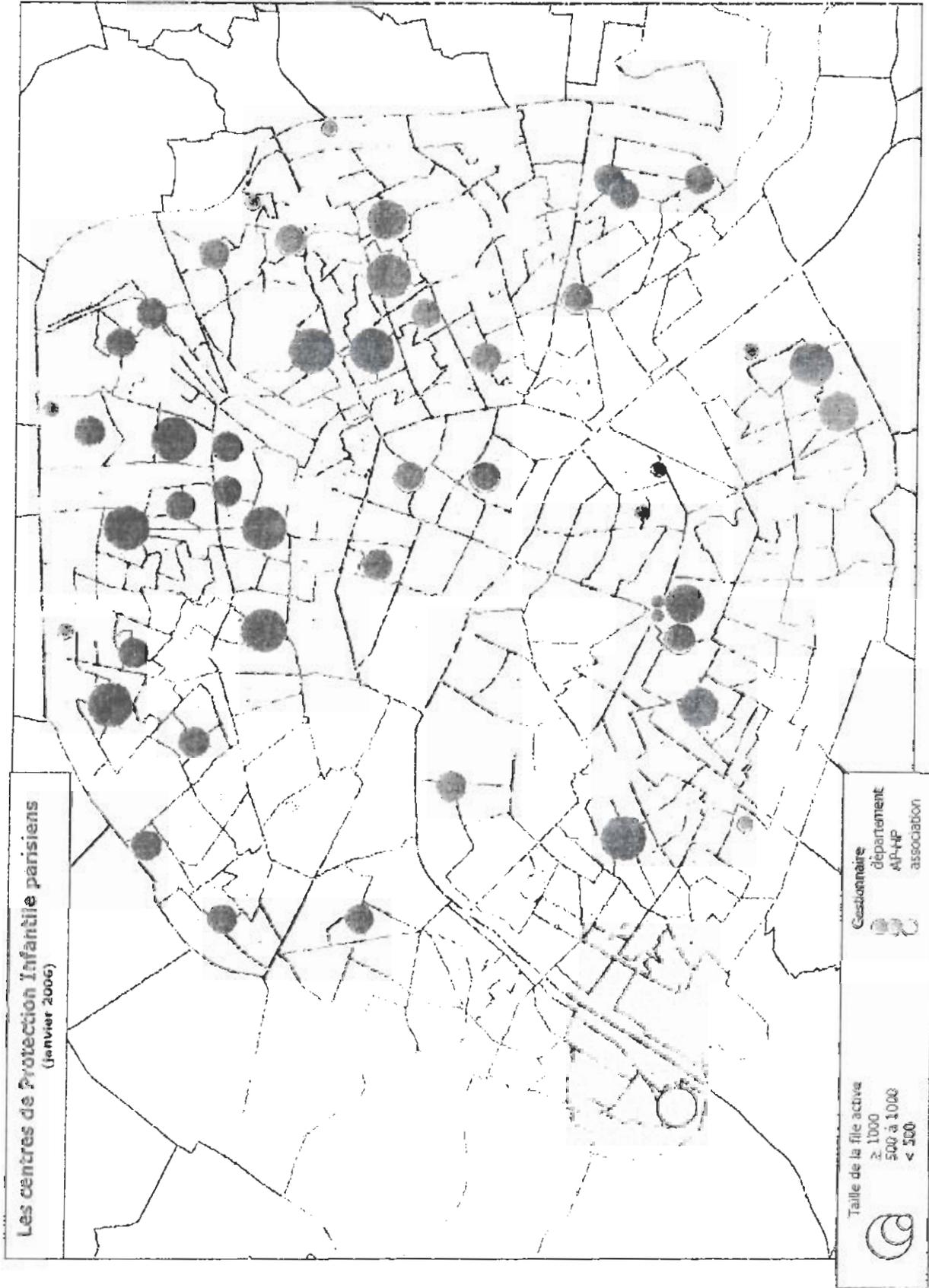
- 1 secteur peut correspondre à une partie d'arrondissement. Dans les gros arrondissements, il peut y avoir plusieurs médecins d'arrondissement, chacun en charge d'une partie de l'arrondissement (exemple du XIXe : deux médecins d'arrondissement).

3) Chaque médecin d'arrondissement encadre un ensemble de médecins de terrain affectés sur son « territoire ». Ces médecins de terrain sont soit des « médecins de secteur » lorsqu'ils sont titulaires, soit des médecins vacataires.

4) On dénombre sur le terrain 132 médecins, répartis en 39 médecins de secteur, ritulaires (+ 17 postes prévus au concours) et 93 médecins vacataires (de 1 à 10 vacations par semaine).

LES MEDICINS DE PMI 2006





RESEVICISSCIA' DE P.V.M. 2006

NS : 6 UNITÉS DE TRAVAIL
(DE A À F)



Annexe 6 – missions du bureau de PMI

Missions du bureau de la PMI

- **La protection maternelle** (15% du plan de charge du bureau) : Une vingtaine d'agents du département, dépendant du chef de bureau, travaillent dans des structures d'accueil implantées dans chaque maternité de l'AP-HP. Leur rôle est de vérifier l'existence des droits des femmes enceintes et, dans certains cas, d'intervenir auprès de l'assurance maladie pour une prise en charge rapide et adaptée des femmes concernées. Pour celles qui ne sont pas assurées sociales, le bureau prend en charge financièrement, au nom du département, le suivi de la grossesse dans les maternités de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris et le ticket modérateur lorsque les assurées sont sans couverture complémentaire. Par ailleurs, ils favorisent l'accès aux soins des femmes en les orientant pour leur inscription dans des établissements, pour l'accouchement. Par ailleurs, le bureau participe à la réflexion concernant la participation du département de Paris dans les réseaux « Ville-Hôpital » mis en place pour la protection maternelle et la pédiatrie.

- **Le service social de PMI** (20% du plan de charge): le bureau assure l'agrément, la formation, le suivi professionnel des assistantes maternelles, l'information des familles (voir dernier plan en **Annexe X/** service social de PMI). Pour cela, le bureau compte, sur le terrain, 6 conseillères techniques socio-éducatives (chargées de l'encadrement) « qui assurent le relais » auprès de 47 assistantes sociales, 7 éducatrices de jeunes enfants, animatrices des relais assistant(e)s maternel(l)e(s), et de 8 agents en Maisons de l'enfance. Environ 3 300 assistant(e)s maternel(l)e(s), tous statuts confondus, sont ainsi suivies, dont environ 300 bénéficient, chaque année, d'un agrément. Le service social de PMI est aidé, dans sa mission, par les médecins de PMI et les psychologues (service départemental de la PMI), lesquels participent à l'évaluation des candidat(e)s au métier d'assistant(e) maternel(l)e ou familial(e), au suivi des AM déjà agréées, employées par des particuliers. Le bureau assure le suivi administratif des dossiers, l'organisation matérielle de la formation, les contentieux relatifs aux agréments, l'organisation des séances de la commission consultative paritaire départementale, saisie pour avis des suspensions et retraits d'agréments d'assistantes maternelles. Il organise (tous les six ans, la dernière fois en 2005) les élections professionnelles des assistant(e)s maternel(le)s.

- **La gestion, en central, des structures et des services extérieurs relevant de la PMI** (40% du plan de charge) : Le bureau de la PMI assure les missions transversales : trente agents gèrent, en centrale, les aspects budgétaires, logistiques (travaux, marchés, personnels vacataires et formation) et juridiques de la mission. En liaison avec les services généraux provisoirement communs entre la DASES et la DFPE (voir **organigramme 1, en Annexe IX**), les sections du bureau assurent la **gestion budgétaire** de la PMI. La section « budgets » prépare et exécute le **budget de fonctionnement** des personnels (20M€) et des structures et des services extérieurs de terrain relevant de la PMI (environ 10M€, hors structures en APHP, dont 5,8M€ de participations à des structures associatives). **Le bureau prépare et exécute le budget d'investissement (6M€ entre 2003 et 2007)** : Il élabore et suit les marchés publics (achat de doses de vaccins, de jouets, de mobiliers, de matériel médical, interprétariat, numéro vert « allô écoute sexualité »). Il suit les travaux d'entretien et de restructuration, les chantiers de nouveaux équipements inscrits au programme pluriannuel

d'investissement, en liaison avec la Direction du patrimoine et de l'architecture et le bureau des travaux de la DFPE.

Le bureau gère et contrôle les établissements et services d'accueil publics (ou privés) des enfants de moins de 6 ans : centres de protection infantile (de PMI), centres d'éducation et de planification familiale, maisons de l'enfance (accueil et information des parents), service social de PMI (accueil et information des parents ; contrôle du travail des assistantes maternelles auxquelles il délivre des agréments), relais assistant(e)s maternel(le)s (« RAM », soit : 7 espaces d'information, de formation, de rencontre et d'accompagnement professionnel dédiés aux assistant(e)s maternel(le)s et aux enfants qu'ils (elles) gardent.

Pour la gestion des personnels, le bureau ne gère pas les personnels des établissements de petite enfance (dont certains travaillent pourtant avec la PMI : puéricultrices, auxiliaires de puériculture), ces personnels dépendant du bureau des personnels de la petite enfance (voir **organigramme 1 en Annexe IX**). Mais, le bureau de PMI gère les équipes de terrain de la PMI (médecins de PMI, sages-femmes, puéricultrices de secteur, psychologues), en liaison avec le service des ressources humaines. Il prépare et met en oeuvre le plan de formation de l'ensemble des personnels techniques et administratifs de la PMI. Il suit les affectations des personnels vacataires (médecins et psychologues). En 2005, il a collaboré à la définition de normes relatives à l'activité des médecins de PMI dans les consultations de PMI, dans les établissements d'accueil, et au titre de l'agrément des AM (ce travail, piloté par la Direction des finances et la Direction des ressources humaines, a abouti à la création de postes de 7 médecins en 2006).

- **Les relations conventionnelles et tutélaires avec les partenaires associatifs et institutionnels** (20% du plan de charge) : Le bureau assure l'instruction des demandes de subvention et de participation formulées par les associations. Il élabore les conventions d'objectifs et de financement permettant le développement des actions de PMI. Exemples: mise en oeuvre de l'action « livre et petite enfance », en partenariat avec l'association « Lire à Paris », création de services de médiation socio-culturel (conventions d'objectif et de financement avec plusieurs associations consistant en un travail d'accompagnement des populations d'origine étrangère), mise en place d'équipes de soins à domicile, de projets de lits de suite, grâce à un partenariat du Département de Paris avec l'association « Horizons ». Il est censé contrôler l'activité de ces associations et celle de l'APHP. Sa tutelle consiste à contrôler les activités de protection maternelle et infantile (consultation infantile, centres d'adaptation médico-sociale précoce), les activités de protection maternelle, de planification et d'éducation familiale, les actions des technicien(n)es d'intervention sociale et familiale (TISF). Dans tous ces cas, la responsabilité technique reste toujours celle du médecin-chef de PMI.

- **A cela, s'ajoute la participation active du bureau** (5% du plan de charge) **à la définition du plan stratégique de la DFPE**, à des réflexions menées sur la protection maternelle au niveau de la DFPE, à la mise en place du réseau « Ville -Hôpital » pour la protection des enfants en difficulté (réseau nord avec les hôpitaux Bichat, Debré,... ; réseau sud-ouest en cours de préparation).

Le personnel de PMI : l'imbrication du municipal et du départemental

Agents PMI	Ville	Département
Médecins titulaires		X
Médecins vacataires	X	X
Psychologues titulaires		X
Psychologues vacataires	X	X
Puéricultrices	X	
Auxiliaires de puériculture	X	
Agents de service	X	
Educatrices de jeunes enfants (EJE)	X	
Diététicien		X
Travailleurs sociaux		X
Secrétaires médico-sociales (SMS)		X
Sages-femmes		X

La tendance à la baisse des personnels locaux de PMI

PERSONNELS (en ETP)	2002	2003	2004
MEDECINS (titulaires et vacataires)	51.88	56.36	56,36
SAGES FEMMES	22.4	22.4	23.7
PUERICULTRICES	109.4	107.5	107.6
INFIRMIERS	0	0	0
PSYCHOLOGUES	42.87	42.87	42.87
CONSEILLERS CONJUGAUX (hors SF)	1	1	1
AUXILIAIRES de PUERICULTURE	60	60	61.5
SECRETAIRES/ADJ.ADM.	18 en protection maternelle 2 en planification	18 en prot° matern. ; 2 en planif°	18 en prot°matern. ; 2 en planif°
AUTRES PERSONNELS : précisez	ASI : 40 SMS (service soc. P.M.I.) : 20	ASI : 40 SMS (service social) : 20	ASI : 41 SMS (service social) : 20
TOTAL	376,55	370,13	374,03

Annexe 7 – état de l'indicateur de l'état de santé des enfants

Evolution du budget de la PMI en 2003 2004

Depuis création DFPE	2003	2004
Budget PMI département	7 839 195 €	8 212 000 €
Budget total département	1 166 581 705,09 €	1 347 931 515,31€
%	0,67%	0,61%

Le budget acté en 2005 (détail des rubriques relatives à la PMI)

Libellé	BP 2005 voté
Eau et assainissement	15 100
Energie - Electricité	51 600
Alimentation	6 850
Autres fournitures non stockées	26 300
Fournitures d'entretien	17 000
Fournitures de petit équipement	54 850
Habillement et vêtements de travail	13 000
Fournitures administratives	35 550
Médicaments	82 100
Vaccins et sérums	995 000
Autres produits pharmaceutiques	21 000
Fournitures scolaires	5 600
Autres matières et fournitures	13 900
Contrats de prestations de services avec des entre	461 000
Locations immobilières	289 100
Locations mobilières	4 700
Charges locatives et de copropriété	61 900
Entretien et réparations sur autres biens mobilier	60 000
Entretien et réparations sur autres biens mobilier	48 900
Documentation générale et technique	12 120
Honoraires médicaux et paramédicaux	455 000
Autres honoraires	168 000
Réceptions*	5 000
Frais d'affranchissements	36 000
Frais de nettoyage de locaux	20 000
Remboursement de frais à des tiers	111 000
Autres impôts locaux	7 360
Aide à la personne - Autres (primes et dots)	19 820
Autres participations **	5 370 500
Autres charges diverses de gestion courante	230 000
TOTAL	8 698 250

** Cette rubrique « autres participations » concerne les dotations que le Département de Paris accordent aux associations qui réalisent des missions de PMI ou qui ont développé une activité dans les établissements. Le détail est le suivant :

- ① associations qui gèrent un ou plusieurs centre de protection infantile : 3 348 926 €
- ② associations qui gèrent un ou plusieurs centres de planification et d'éducation familiale : 577 320 €
- ③ le guichet psycho-social de la maternité des Bluets : 142 410 €
- ④ la participation obligatoire du Département au financement des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) : 744 400 €
- ⑤ intervention des associations de médiateurs socio-culturels dans les centres de protection infantile : 38 516 €
- ⑥ intervention de l'association « L.I.R.E à Paris » dans les centres de protection infantile, les relais assistant(e)s maternel(le)s et les Maisons de l'Enfance : 331 000 €
- ⑦ financement de 2 lieux d'accueil enfants parents : 327 850 €
- ⑧ participation au financement de l'équipe de soins à domicile mise en place par l'association HORIZONS : 60 000 €.

Annexe 8 – mesure de l'activité

La mesure de l'évolution des activités de PMI

	1990	2002	2003	2004
<i>Nombre de centres de planification (CPEF)</i>	-	20	20	20
<i>Nombre de séances (demi-journées) de consultations</i>	-	12632	9538	11274
<i>Nombre de consultations médicales</i>	-	33326	28944	34770
<i>dont pour contraception</i>	-	-	-	-
<i>dont pour IVG</i>	-	-	-	-
<i>Nombre de consultants</i>	-	34274	36071	38425
<i>% de consultants mineurs</i>	-	10.7%	11.2%	10.4%
<i>Nombre d'entretiens avec la conseillère conjugale</i>	-	22636	21649	20654
<i>dont pour contraception</i>	-	-	-	-
<i>dont pour IVG</i>	-	-	-	-
<i>Nombre de personnes vues en entretien</i>	-	-	-	-
<i>% de mineurs vus en entretien</i>	-	-	-	-
<i>Nombre d'entretiens avec autres personnels</i>	-	9609	12402	13808
<i>Nombre de séances collectives en milieu scolaire</i>	-	1875	2293	1727
<i>Nb d'élèves concernées par ces séances collectives en milieu scolaire</i>	-	-	-	-

Les indicateurs de périnatalité

Données sur la santé des femmes et des enfants correspondant à l'article 2112-8 du CSP.

	1990	2002	2003	2004
% de femmes qui n'ont pas eu 7 consultations prénatales	23,8	14,1	15,8	13,8
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	-	-	-	-
Nb d'AES	-	-	-	3236

Taux de mortalité des enfants de 1-4 ans (pour 100000 / 1997-1999)

Garçons : 23.4 (France : 28.1)

Filles : 22.9 (France : 21.7)

Taux de mortalité des enfants de 5-9 ans (pour 100000 / 1997-1999)

Garçons : 20.3 (France : 14.2)

Filles : 14.2 (France : 11.3)

	1990	2002	2003	2004
Mortalité périnatale pour 1000	8,2	-	-	-
Mortalité infantile pour 1000	7,4	4,1	-	-
Naissances survenues avant 37 semaines d'aménorrhée (pour 1000)	49	55	55	58
Age de la mère : moins de 18 ans et plus de 37 ans pour 1000 enfants	78	107	112	119
Taux de césarienne pour 100	15,1	21,8	22,8	22,8
Poids à la naissance < à 2500g (pr 1000)	57	58	58	59
Allaitement maternel pour 100	60,1	71,0	73,0	74,2

Taux de vaccination CS 24	1999	2000	2002	2004
DT 3 doses + rappel	-	95,0	96,4	-
Polio 3 doses + rappel	-	95,0	96,4	-
BCG	-	98,1	98,8	-
Rougeole	-	92,1	94,6	-
Rubéole	-	91,5	94,3	-
Oreillons	-	91,6	94,5	-

Visites à domicile (VAD)

	2003	2004
Nombre de centres PMI effectuant des consultations prénatales	11	11
Nombre de séances de consultations prénatales*	(1)	(1)
Nombre de consultant(e)s vues en consultation	(1)	(1)
Nombre de visites à domicile effectuées	6377	6478
Nombre de femmes vues en visites à domicile	1827	2097
Nombre de séances d'actions collectives*	(1)	(1)
Nombre de séances de préparation à l'accouchement	(1)	(1)
Nb femmes ayant participé à ces séances de préparation à l'accouchement	(1)	(1)
- dont % de femmes primipares	(1)	(1)

(1) non disponibles : données AP-HP

* 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

Selon les certificats de santé du 8 ^{ème} jour (CS8)	2003	2004
% femmes primipares participant à séances de prép ^o à l'accouchement	35,7	38,0

Nombre de consultations infantiles

	2002	2003	2004
Nombre de centres de PMI effectuant des consultations infantiles	69	69	68
Nombre de séances (demi-journées) de consultations infantiles	17253	17824	17442
Nombre d'examens	175968	172246	164466
Nombre d'enfants vus en consultation	52379	53048	54016
Taux d'enfant vus en consultation par rapport à la classe d'âge	38%	38%	39%
Nombre de visites à domicile effectuées	18979	20614	20744
Nombre d'enfants vus en visites à domicile	11685	10006	10141
Nombre de séances d'actions de prévention collectives		4200	4400

Extraits des réponses de la PMI au questionnaire de l'IGAS

- **L'absence de consultation du 4^{ème} mois :** « Actuellement, dans le cadre de l'organisation de la protection maternelle à Paris, les sages-femmes de PMI ne pratiquent pas l'entretien du 4^{ème} mois de grossesse. Dans le cadre de la mise en place des réseaux de périnatalité, le service de PMI réfléchit à une participation qui resterait marginale des sages-femmes de PMI dans le dispositif de suivi des femmes enceintes, au niveau de la consultation d'entrée dans le réseau pour les femmes se présentant dans les maternités de l'AP-HP. Cette consultation, assimilée à celle du 4^{ème} mois dans ses objectifs, devrait permettre une orientation pertinente des femmes dans le circuit « ville-hôpital ». Cependant, il n'est pas envisagé que les sages-femmes de PMI effectuent l'ensemble des examens du 4^{ème} mois. Une évaluation sommaire a estimé que, si l'entretien du 4^{ème} mois effectué systématiquement dans le dispositif de protection maternelle parisien (dans les maternités de l'AP-HP), identifiait 20 % de femmes nécessitant un accompagnement de leur grossesse pour des difficultés psycho sociales, le service de PMI de Paris devrait augmenter ses effectifs de 18 sages-femmes. Si l'entretien du 4^{ème} mois est à l'avenir réalisé de façon systématique, il devrait permettre de mieux repérer les situations de vulnérabilité (violences conjugales, mineures, non assurées sociales, dépression, isolées), lesquelles, ajoutées aux femmes qui se présentent pour la première fois à la maternité tardivement (5 mois de grossesse ou plus) représentent environ 20 % des femmes qui accouchent.

Environ 30.000 parisiennes accouchent chaque année à Paris. Les situations évoquées ci-dessus s'élèveraient donc en moyenne à 6 000 par an. Or, les sages-femmes de PMI, outre leurs autres missions, suivent en moyenne 1 800 femmes enceintes par an. Pour suivre ces 1800 femmes, 8 postes équivalents temps plein sont nécessaires (2 visites par mois pendant 4 mois ; durée de la visite : 1 heure, soit un total de 14 400 heures de visites). En conséquence, pour en suivre 4 200 de plus, 18 postes ETP supplémentaires devraient être créés (pour assurer 33 000 heures de visites supplémentaires).

Par ailleurs, actuellement, la DFPE ne dispose pas de postes de psychologues dédiés à la périnatalité. Une dizaine de postes de psychologues paraissent nécessaires pour compléter le suivi qui serait ainsi réalisé par les sages-femmes ».

- **Des difficultés pour trouver des lieux d'accouchement pour les femmes enceintes :** « le Département de Paris a créé, au sein des maternités de l'AP-HP qui assurent la Protection Maternelle par voie de convention, des guichets d'accueil PMI pour faciliter l'inscription, pour étudier l'ouverture des droits des usagers, faciliter l'accès à une couverture sociale le cas échéant, ou prendre en charge si nécessaire, les frais liés au suivi de grossesse (consultations, examens complémentaires), voire à l'accouchement.

Quand une femme enceinte ne peut être inscrite dans une maternité, le dispositif mis en place permet –dans la théorie– qu'une solution soit proposée, dans une maternité correspondant au niveau de risque de la grossesse, et, pour les femmes ne disposant pas d'une couverture sociale complète, vers une maternité publique.

Malgré les difficultés pour trouver des places, les femmes sont toutes inscrites dans une maternité : toutefois, il est de plus en plus fréquent de voir orientées vers des structures privées, des femmes sans couverture complémentaire, pour qui l'avance de frais est problématique. Par ailleurs, la principale problématique est actuellement celle du suivi de grossesse : les capacités de prise en charge des maternités publiques étant dépassées, les femmes enceintes sont envoyées de façon de plus en plus fréquente vers la ville, essentiellement vers le secteur libéral à Paris, qu'elles aient ou non une couverture sociale. La crainte est de voir augmenter le nombre des grossesses peu ou insuffisamment suivies, alors que le dispositif avait été mis en place pour en limiter la fréquence. En effet, d'une part, certaines femmes ne seront pas en mesure de faire l'avance de frais pour des examens complémentaires ou des consultations, d'autre part, des médecins libéraux refusent d'inscrire à leurs consultations des femmes bénéficiant de la CMU. Une évaluation de ce dispositif et de ses dysfonctionnements est engagée par le service de P.M.I. ».

- **Une évaluation toujours difficile, mais en cours sur l'impact et la qualité du service en prénatal :** « Une évaluation du dispositif parisien de repérage et de prise en charge du risque médico-psycho-social est envisagée. Le service de P.M.I, associé à l'U149 de l'INSERM, a soumis un projet d'évaluation pour un financement de l'HAS. D'ores et déjà, sont engagées des évaluations sur les activités des sages-femmes, sur le fonctionnement et les activités des structures d'accueil de la P.M.I. dans les maternités de l'AP-HP. Les résultats de ces études seront disponibles en fin d'année 2006 ».

Annexe 9 – les visites à domicile

Extraits des réponses de la PMI au questionnaire de l'IGAS sur les visites à domicile

Répartition par arrondissement des visites à domicile

Territoires d'encadrement des médecins de P.M.I.	Nombre moyen d'enfants en file active par centre	% de nouveau-nés vus en VAD par les puer de secteur	Nb moyen de naissances domiciliées par puéricultrices de secteur	Nb moyen de naissances domiciliées par puéricultrices (centres+secteur)
1-2-3-4	710	43%	343	196
5-6	516	45%	248	166
7-16	616	21%	870	435
8-9	745	28%	372	248
10	966	39%	263	158
11	716	53%	324	189
12	889	38%	392	218
13	871	29%	369	222
14	816	25%	555	185
15	575	27%	637	318
17	779	20%	512	284
18	857	34%	293	176
19	921	30%	306	168
20	912	40%	337	190
Paris	806	33%	379	211

Développement de la PMI quant à son appréciation mitigée sur l'utilité des VAD

« L'intérêt d'une V.A.D. systématique se discute, et ne fait pas l'unanimité dans la profession. Les moyens affectés à une telle prestation le seraient forcément au détriment de ceux affectés à un accompagnement renforcé des femmes en difficulté. Le service de PMI de Paris a développé une importante intervention à domicile des jeunes mamans

Par ailleurs, la moitié des nouveaux nés parisiens ont recours, dans le premier mois de vie, à un contrat avec une consultation de PMI qui offre une importante prestation de puériculture (pesées – conseil – orientation)

Face aux 30 000 naissances annuelles, le service de PMI de Paris réfléchit plutôt à une amélioration de la visibilité de ses services et à une meilleure accessibilité des puéricultrices de PMI pour les jeunes mères. A partir des contacts des familles dans les consultations des permanences de quartier ou des sollicitations directes, les puéricultrices proposeraient des visites à domicile sur des critères plus argumentés que d'une démarche systématique.

A Paris, la visite systématique quand une situation difficile a été repérée est déjà réalisée par les puéricultrices à domicile qui voient en moyenne chaque année 10 000 enfants.

L'objectif nouveau serait de proposer une visite à toutes les mères dans les 10 jours après la naissance. Pour les 30 000 naissances domiciliées à Paris, 10 000 mères sont déjà vues par les puéricultrices du service de PMI. Il resterait donc 20 000 mises à disposition à réaliser pour proposer cette visite à toutes les mères. Sur ces 20 000, la DFPE estime qu'environ la moitié, soit 10 000 femmes, répondront positivement à cette proposition. Sur ces 10 000 mères, la grosse majorité (95%) n'auront besoin que d'une visite de 2 heures. Par contre, les 5 % restant, soit 500 femmes environ, nécessiteront un accompagnement plus long, suite au repérage d'une situation psycho-sociale lourde (dépression notamment), soit en moyenne 10 visites de 2 heures par femme. Par ailleurs, les 10 000 n'ayant pas sollicité de visite à

domicile pourraient bénéficier de séances collectives d'information post-natale. Chaque séance pouvant accueillir une dizaine de femmes durant 2 heures, 1000 séances annuelles de 2 heures seraient nécessaires.

Au total cette mesure nécessiterait la création de 17 postes de puéricultrice:

. 9 500 visites de 2 heures, soit 19 000 heures annuelles = 10,5 postes ETP

. 500 mères x 10 visites x 2 heures, soit 10 000 heures annuelles = 5,5 postes ETP

. 1 000 séances collectives d'information d'une durée de 2 heures, soit 2 000 heures annuelles = 1 poste ETP

Le coût budgétaire moyen d'une puéricultrice s'élève à 42 090 €. L'impact de la création des 17 postes se porterait donc au minimum à 715 530 € par an.

Par ailleurs ces mises à disposition nécessitent de connaître l'adresse des femmes ayant accouché, ce dont le service de PMI ne dispose pas actuellement (article R 2112-21 du code de la santé publique).

Nombre de visites d'agrément

	2002	2003	2004
Nb structures collectives relevant de la compétence de la collect. Départ.		> 600	> 600
Nb de contrôles de structures collectives (crèches...) dans l'année			1 contrôle/struc.
Nb de visites d'agrément d'assistantes maternelles dans l'année	1500(3/candidat)	1500(3/candidat)	1500(3/candidat)
Nb d'assistantes maternelles agréées dans l'année	210	258	272
Nb annuel visites de suivi d'assistantes maternelles employées par particuliers	-	10 156	10 899
Nb de retraits d'agrément d'assistantes maternelles dans l'année	-	-	32
Nb d'avis de retrait non suivis	-	-	-
Nb séances de formation d'AM dans l'année – formation obligatoire	34 sessions de 30h	31 sessions de 30h	29 sessions de 30h
Nb séances de formation d'AM dans l'année – formation continue	18 séances de 6h	18 séances de 6h	18 séances de 6h
Nb d'assistantes maternelles formées dans l'année – formation obligatoire	364	405	405
Nb d'assistantes maternelles formées dans l'année – formation continue	270	270	270

* : en 2005 : tous établissements d'accueil confondus : 20.209 places

Annexe 10 – état de santé des enfants

**Extraits des réponses au questionnaire de l'IGAS
Données relatives à la santé**

Santé des enfants :

Décès des enfants de 1 à 4 ans (1997-1999) à Paris (75) ORS 2003:

24,3 décès pour 100.000 garçons de la tranche d'âge

22,9 décès pour 100.000 filles de la tranche d'âge

Saturnisme :

1388 enfants de moins de six ans testés pour la première fois en P.M.I. en 2004, sur facteurs de risque d'exposition au plomb. Parmi eux, 83 enfants avaient une plombémie supérieure à 100 microgrammes par litre.

1174 enfants de moins de six ans ont eu un ou plusieurs contrôles de plombémies en 2004, parmi 37 ont présenté une élévation du taux de plombémies au delà de 100 microgrammes par litre en 2004.

Obésité : taux de prévalence de l'obésité chez les enfants de 5/6 ans (bilans de santé scolaire 2002/2003) :

surpoids : 9,5 %, dont 6,2% obésité grade I, 3,3% d'obésité de grade 2.

Activité vaccinale de la P.M.I. :

113.945 doses vaccinales en 2004, dont : 24.052 doses de BCG, 25.371 doses de vaccins anti-hépatite B, 27.335 doses de vaccins pentavalents, 11.963 doses de ROR.

Maltraitance

Allégations de risque de danger transmises à la cellule de traitement des signalements et des urgences (SNATEM, autres départements, particuliers) :

453 situations concernant 695 enfants en 2004

42 situations déjà suivies en justice

51 situations de danger immédiat

360 situations adressées aux services sociaux pour évaluation, dont 88 donnant lieu à signalement aux autorités judiciaires et 121 donnant lieu à mesure d'accompagnement.

Signalement d'enfants en danger au Parquet des mineurs en 2004 :

839 situations ; 1259 enfants,

27,5% carences éducatives,

14% violences physiques,

7,5% conflits relationnels,

8% négligences lourdes,

10% violences sexuelles,

11,5% violences psychologiques,

21,5% divers.

Bénéficiaires de l'ASE : enfants accueillis et actions éducatives au 31/12/2001 (taux pour 1000 habitants de moins de 21 ans) :

12.2 enfants accueillis (France : 8.4)

9.9 actions éducatives (France : 7.7)

Handicap et maladies chroniques chez les enfants.

Taux de prévalence chez les enfants de 5/6 ans (bilans de santé scolaire 2002/2003) :

Troubles visuels : 13,8 %

Troubles auditifs : 8,0 %

Troubles du langage : 10,2 %

Caries dentaires : 26,1 %, dont 1 à 3 caries : 19,0% ; 4 caries ou plus : 7,1 %.

910 enfants de moins de six ans sont suivis dans les 3 centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) parisiens en 2004 (761 en 2003, 723 en 2002). L'ouverture d'un quatrième CAMSP dans le nord de Paris en 2004 permettra de suivre environ 200 enfants supplémentaires.

**Réponses de la direction des familles et de la petite enfance et de la
direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé**

Le Secrétaire Général
2817

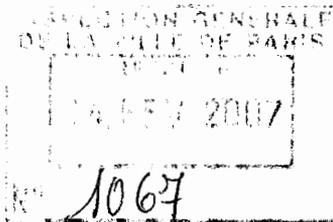
Paris, le 09 FEV. 2007

Le Secrétaire Général de la Ville de Paris,
Directeur général des services administratifs
du département de Paris

à

Madame la directrice générale
de l'Inspection générale de la Ville de Paris

Monsieur le chef de l'Inspection générale des
affaires sociales



Réf. : Rapport IGVP n°06-05- IGAS RM 2006-180A
votre courrier du 01/12/2006

Objet : Réponse au rapport provisoire de la mission d'étude relative à la politique départementale de protection maternelle et infantile du département de Paris.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint la réponse détaillée de la collectivité parisienne au rapport provisoire de la mission d'étude relative à la politique départementale de protection maternelle et infantile du département de Paris.

La Ville de Paris a pris connaissance avec un grand intérêt des conclusions de l'inspection visant notamment à :

- mieux répondre aux besoins évolutifs des populations concernées,
- optimiser les moyens de la PMI.

En effet ces orientations rencontrent tant les objectifs fixés en 2005 par la municipalité dans le plan stratégique de la Direction des familles et de la petite enfance que les travaux initiés dans ce cadre, dont certains trouveront une mise en œuvre en 2007. Par exemple :

- nouvelle convention avec l'AP-HP pour un meilleur suivi de la grossesse des femmes en situation de précarité avec le repositionnement des sages-femmes de la PMI, création de centres de planification familiale dans une programmation de moyen terme ;
- redéfinition territoriale des circonscriptions de PMI afin de les rendre plus homogènes du point de vue de la population et des moyens alloués, plan de charge des médecins remanié et nouvelles modalités de travail des puéricultrices de secteur, informatisation des centres de consultations infantiles, nouvelles modalités d'agrément des assistantes maternelles libérales.

Toutefois, je souhaite appeler votre attention sur deux remarques un peu éloignées de la réalité du fonctionnement des services concernés.

.../...

Les rapporteurs mentionnent que « *la santé scolaire est sous-administrée* » et que « *le manque de SMS ralentit le travail des médecins* ». Quelques problèmes ponctuels de locaux ou de postes vacants sont à relativiser à l'aune d'une situation unique : le département de Paris est le seul département qui dispose d'un service médico-social scolaire, présent dans les établissements du 1^{er} degré et du 2nd degré municipal. Ce service, bien implanté et doté de moyens humains et matériels significatifs, joue un rôle particulièrement important aussi bien sur le plan sanitaire que sur le plan social auprès des enfants et des familles. Toutes précisions chiffrées sont apportées à ce sujet dans le corps de la réponse.

De la même façon, l'affirmation sans nuance selon laquelle les relations entre les services de l'ASE et ceux de la PMI « sont difficiles » et que l'organisation ne permet pas de « pallier un cloisonnement préjudiciable au bon suivi des enfants » dresse un tableau par trop noir. En effet, des liens fonctionnels et des procédures existent mais visent délibérément à ne pas créer des circuits hors du droit commun, notamment pour les jeunes femmes des centres maternels départementaux qui ont très normalement recours au service de PMI de l'arrondissement, voire à un médecin traitant.

Cette organisation est toujours perfectible. Ainsi, une réflexion a-t-elle été engagée autour d'une action articulée de suivi et de prévention dans les centres maternels et dans les pouponnières. Ces dispositions seront intégrées au protocole PMI / Protection de l'enfance en cours de formalisation.

Je vous remercie de la prise en compte des remarques ci-jointes.


Pierre GUINOT-DELERY



Le Secrétaire Général

MCB/MADK

7926

Paris, le

19 AVR. 2007

Le Maire de Paris

à

Madame la Directrice Générale de l'Inspection Générale de la Ville de Paris

Monsieur le Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Objet : Observations concernant le rapport de la mission d'étude relative à la politique départementale de protection maternelle du département de Paris (Rapport IGVP n°06-05 – IGAS RM 2006-180A)

Réf. : votre lettre du 26 mars 2007

P.J. : 1

Par lettre citée en référence, vous m'avez transmis la dernière version du rapport de la mission d'étude relative à la protection maternelle et infantile du département de Paris, établie après les observations formulées par les services du Département de Paris, dans le cadre de la première phase de procédure contradictoire.

Ces observations ont en effet pour la plupart été intégrées dans le rapport.

Je souhaite cependant que quelques compléments ou corrections soient encore apportés à ce document, comme indiqué dans la note d'observations ci-jointe, et je vous remercie de bien vouloir les prendre en compte dans la version définitive du rapport.

J'appelle tout particulièrement votre attention sur les propositions de la mission au regard des modes de garde (page 33) qui ne peuvent être retenues : il ne peut être envisagé de transférer au profit de la CAF ou des mairies d'arrondissement les décisions d'agrément des assistantes maternelles ou des modes d'accueil de la petite enfance qui sont, en l'état actuel des textes, de la compétence exclusive du président du Conseil Général.

Tels sont les derniers éléments dont je souhaitais vous faire part sur ce dossier.

**Pour le Maire de Paris
et par délégation**

Pierre GUINOT-DELERY



Rapport de l'IGAS et de l'Inspection Générale de la Ville de Paris relatif à la politique départementale de protection maternelle et infantile

**Observations de la Direction des Familles et de la Petite Enfance
et de la Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé**

1. Observations de la DFPE

▪ Page 8

Comme déjà indiqué dans les réponses au rapport provisoire, les 20 médecins d'arrondissements sont répartis en **15 secteurs** et non 14.

▪ Page 10

Comme le souligne le rapport, le pédopsychiatre ne fait pas partie de la PMI : il convient de ne pas retracer son activité dans l'encadré précisant la composition d'une structure de base type PMI.

▪ Page 10 / 1-2-5

Les données de l'enquête de la DFPE sur les centres de consultation infantile ne confirment pas ce qui est dit sur l'accroissement de la fréquentation des centres de PMI par les familles en difficulté. Cette fréquentation est importante mais n'est pas clairement en augmentation. Les augmentations de la fréquentation de ces centres tiennent plutôt aux autres éléments développés plus haut par le rapport.

▪ Page 17 / 1.4.2

Le coût de la consultation du 4^{ème} mois a été chiffré par le service. Cf. remarque de la mission page 22.

▪ Page 22

Si les femmes enceintes présentant des difficultés psychosociales (effectif évalué à 20% des parisiennes soit 6000 femmes) sont vues 1 fois 1 heure pour l'entretien, soit 6000h par an, cela équivaut à 4 ETP de sage-femme. Par contre si toutes les femmes enceintes domiciliées à Paris sont vues 1 h pour l'entretien par une SF de PMI, cela équivaut à 18 ETP.

▪ Page 24

La mise en place du réseau Solipam, **même s'il n'est prévu pour accueillir pendant 3 mois que 1000 femmes / an constitue déjà**

▪ Page 28

Le dispositif de protection de l'enfance ne prévoit pas une visite, mais un **contact** dont les modalités ne sont pas précisées, **avec toutes les jeunes mères**. Le service de PMI a engagé une réflexion pour améliorer l'accessibilité de ses prestations pour un nombre accru de jeunes mères, tout en réservant la visite à domicile aux situations les plus sensibles.

▪ Page 33

La Direction des Familles et de la Petite Enfance ne partage les conclusions de la mission. **Contrairement à ce que suggère la mission, il n'est pas possible réglementairement de transférer la décision d'agrément des assistantes maternelles ou des modes d'accueil de la petite enfance vers les CAF et les mairies, car cette décision est du ressort exclusif du président du conseil général, sauf à ce que les textes soient modifiés.** Le service de la PMI s'engage actuellement vers la voie d'une optimisation des ressources pour l'agrément des assistantes maternelles (assistantes sociales et le cas échéant, en cas de



difficultés particulières et non plus systématiquement, d'un avis médical et/ou de celui d'un psychologue, **pour les modes d'accueil collectifs, il n'est pas non plus possible de suivre les recommandations de la mission sur l'éviction des médecins de l'agrément et du contrôle des établissements de la petite enfance.** Ce rôle est précisé par l'article L 2324-1 du code de la santé publique qui stipule : « Les établissements et services mentionnés à l'article L 2324-1 sont soumis au contrôle et à la surveillance du médecin responsable du service de protection maternelle et infantile ». Comme le souligne la mission, il est envisagé de mettre fin à l'intervention conjointe des médecins de PMI et des puéricultrices coordinatrices des crèches et de positionner les seuls médecins sur ce terrain.

▪ Pages -50 et 51

Poursuivre les objectifs de rationalisation des services de PMI

Les évolutions d'organisation, souhaitées par la mission, vont dans le même sens que celles envisagées par la DFPE : un comité technique paritaire du mois de juin doit les examiner.

En outre, un appel d'offre pour l'informatisation de l'activité des centres de consultation de protection maternelle et infantile sera lancé en 2007.

8-2- Améliorer le suivi des femmes enceintes

La convention d'objectifs et de moyens en cours de discussion avec l'AP-HP adaptant le dispositif de 1996 tend à :

- clarifier les circuits d'inscription dans les maternités
- inscrire dans une collaboration claire les maternités de l'AP-HP, la PMI et les praticiens de ville en repositionnant dans les maternités une partie de l'activité des sages-femmes de PMI (consultations de première ligne) et précisant les prescriptions pour les visites à domicile des sages-femmes qui ne doivent pas se substituer à l'hospitalisation à domicile
- permettre une prise en charge en tiers payant du département des consultations et examens complémentaires pour les femmes enceintes orientées en ville par les maternités et pratiquées avant le 6^{ème} mois de grossesse, pour celles qui ne sont pas couvertes par une assurance complémentaire ou en attente d'AME (compétence Etat) grâce à une convention innovante avec la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

La nouvelle convention avec l'AP-HP et la convention de financement département-CPAM doivent faire l'objet d'une délibération au conseil de Paris.

8-3- Continuer à améliorer le dispositif de la promotion de la santé des enfants

De même, dans le droit fil des préconisations du rapport, une nouvelle convention avec l'AP-HP est en cours de réflexion afin de mieux articuler les services de pédiatrie, les CAMSP et la PMI.

2. Observations de la DASES

▪ Page 36 / 6-1-3

Missions des médecins de santé scolaire :

- **rajouter** dans l'encadré : **accompagnement des enfants malades et handicapés.**
- **supprimer** dans le dernier paragraphe la phrase "**même si le principe est [...] 120 enfants maximum**", et poursuivre par "On compte globalement à Paris un médecin (équivalent temps plein pour 3200 élèves...".

▪ Page 37 / 6-1-3

Premier paragraphe : "en effet **quelques** établissements scolaires ne bénéficient pas d'un médecin".

▪ Page 54 / 8-7

Consolider la médecine scolaire.

Troisième paragraphe : **supprimer la phrase "... et progresse tous les ans (34% en 2004-2005)"** (car ce taux concerne le retour des avis médicaux).