
L'ORGANISATION, LES MISSIONS,
ET LES ACTIONS
DES SERVICES DEPARTEMENTAUX DE PMI
ET
LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE DE
L'ENFANCE

ETAT ET EVOLUTION DE LA SOCIETE ET DES INDICATEURS DE SANTE

L'état sanitaire d'un peuple, d'un groupe et finalement de l'individu ne se définit pas uniquement en termes de morbidité et de mortalité, mais dépend des conditions socio-économiques et culturelles autant que de la qualité et de l'organisation des soins et de la prévention.

Le principal risque sanitaire d'un pays est représenté par l'inégalité sociale (rapport OMS sur la santé en Europe, 1985)

La détérioration paradoxale de certains indicateurs de santé touchant les enfants, les adolescents et leur famille s'explique notamment du fait qu'ils peuvent souffrir d'inégalité par rapport à la santé, due à un environnement socio-familial défavorable, et peuvent être davantage exposés à un certain nombre de pathologies dites « évitables » (cf rapport Sommelet 2006)

Vulnérabilité sociétale (L. Walgrave)

Vulnérabilité parentale (F. Vitaro C. Gagnon, presses de l'université du Québec)

Les pathologies évitables, les inégalités de santé et les liens de santé enfant-adulte

Une étude de la DREES (*) menée entre 1999 et 2001 auprès de 30000 enfants révèle « qu'à l'âge de 6 ans, il existe des disparités manifestes en matière de santé selon des critères socio-économiques et culturels.

Un rapport du ministère de l'emploi (n° 313 juin 2004) confirme l'inégalité de santé selon la profession des parents chez les enfants de CM2.

1 million d'enfants pauvres en France

* DREES, la santé des enfants et des adolescents à travers les bilans de santé des écoles , étude 155 janvier 2002.

Evolution des missions et du dispositif national en PMI

Les missions, les méthodes et des actions en PMI se sont constamment adaptées depuis 60 ans, pour répondre à l'évolution des problématiques de santé, et aux priorités nationale et internationales qui ont été définies.

- La PMI, initialement orientée vers la protection sanitaire en complément de l'action hospitalière dans un contexte de forte mortalité infantile, s'est tournée progressivement à partir des années 60 vers la prévention de la mortalité néonatale et des handicaps promue par le premier plan périnatalité de 1970-1975, notamment dans le cadre du suivi des grossesses et des 3 examens obligatoires de santé du nourrisson.

Diversification des missions

- La loi Veil en décembre 1974 va permettre des actions de planification et d'éducation familiale et la PMI se dote de centres de planification et d'éducation familiale (CPEF).
les textes ultérieurs prennent en compte le rôle important que doit jouer la planification et l'éducation familiale auprès des adolescents non seulement sous l'angle des risques (IST, IVG) mais également dans l'apprentissage de la vie sexuelle et la préparation au rôle de futur parent
- La loi du 17/05/1977 (remplacée par la Loi du 27 juin 2005) relative aux assistants maternels : la PMI est désormais chargée de l'agrément du contrôle et de la formation des AM.

Evolution du dispositif national en PMI

- La loi du 23 juillet 1983 transfère au département la charge de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance,
- La loi du 18 décembre 1989 « relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale au transfert de compétences en matière d'aide sociale et de santé » établit l'organisation et les missions des services départementaux de PMI seules compétences sanitaires globales décentralisées, dont les missions obligatoires sont partagées et financées entre l'Etat, les départements et les organismes de sécurité sociale
- La loi de 1989 promeut de nouveaux concepts préventifs qui font désormais partie de l'esprit des textes :
« Les problèmes de santé publique ne peuvent plus se poser simplement en termes de lutte contre la morbi-mortalité, mais en termes de promotion de la santé globale »

Les orientations récentes des politiques nationales de santé et de PMI

- La deuxième Conférence nationale de santé, tenue en 1997, met l'accent sur la nécessité de prendre en compte la « santé globale », dans un contexte contemporain de détérioration préoccupante de nombreux indicateurs, touchant notamment les enfants et les adolescents
- Le Haut Comité de la Santé publique, dans son rapport de 1997, définit parmi quatre axes prioritaires le renforcement des services de PMI
- La Loi d'orientation de santé publique du 9 août 2004, précise le rôle des régions et des Conseils généraux dans l'organisation des partenariats, notamment en ce qui concerne l'éducation à la santé des populations vulnérables
- Le Plan périnatalité 2005-2007 souligne le rôle pivot de la PMI dans le dispositif de prévention précoce et établit le principe d'un entretien préventif au 4^e mois de grossesse.

Les orientations récentes des politiques nationales de santé et de PMI

Contexte européen :

L'OMS, dans son rapport 2005 sur la santé en Europe définit 4 principes directeurs :

- Une démarche longitudinale de la prénatalité à l'adolescence
- Le respect de l'équité et la prise en compte des besoins des plus défavorisés
- Une stratégie globale sanitaire, sociale, éducative
- La participation de la population et des jeunes (santé communautaire)

Définit les actions prioritaires européennes qui concernent :

La santé de la mère et du nourrisson, la nutrition, les maladies transmissibles et les vaccinations, les accidents et la violence, la santé de l'adolescent, l'environnement, la santé mentale, le développement psychosocial.

Les orientations récentes des politiques nationales de santé et de PMI

L'Inspection Générale des Affaires Sociales,

dans son rapport consacré à l'étude de la PMI en France remis en novembre 2006, conclut, dans ses propositions, à la nécessité d'un recentrage, d'un repositionnement, d'un pilotage rénové et d'une amélioration des performances de la PMI et de la planification familiale, notamment en référence aux données de santé contemporaines liées aux vulnérabilités sociétale et parentale.

Les pathologies évitables, les inégalités de santé et les liens de santé enfant-adulte

Vulnérabilité autour de la naissance et de l'accès aux soins :

- Augmentation de l'extrême prématurité à risque de handicap
- Augmentation des enfants de petit poids (5.5% en 2005)
- Précarité et suivi de grossesse : un suivi médiocre multiplie par 5 le risque de trouble du développement de l'enfant ou la prématurité :
 - 8% des femmes enceintes en population générale
 - 15% des femmes enceintes en population précaire
- Grossesse et addictions : 25 à 30% des FE consomment alcool et tabac
- Période post-natale : la dépression maternelle concerne 15% des femmes

Les pathologies évitables, les inégalités de santé et les liens de santé enfant-adulte

Obésité acquise dès l'enfance, rebond précoce en référence à l'IMC P/T²

4% des 5/6ans, 14% en surpoids

12% des 15/24 ans en augmentation

- 17% des enfants de 6 ans en ZEP présentent une surcharge pondérale, dont 5,5% une obésité, contre 13% des enfants hors ZEP (moyenne nationale 14%)
- A 10-11 ans, 20% des enfants sont en surpoids, et parmi eux, 7% des enfants d'ouvriers sont obèses, contre 1,3% chez les enfants de cadres.

Affections dentaires : incidence 20% à 30% des 5/6ans selon les régions

- Le pourcentage d'enfants présentant des caries est 2 fois plus élevé en ZEP. La proportion des caries non traitées est également plus importante.

Les pathologies évitables, les inégalités de santé et les liens de santé enfant-adulte

Handicaps sensoriels

Vision

- L'étude CM2 2002 révèle un déficit du dépistage des troubles de la vision en ZEP. En effet, 13% des enfants hors ZEP présentent une anomalie déjà dépistée contre 11% des enfants en ZEP (dont 1,5% de strabisme).

Audition

Prévalence de troubles auditifs :

- 4.5% en CM2 (enquête 2002)
- 10% des 17/18 ans souffrent d'une perte comprise entre 15 et 40 dB (enquête Rhone-Alpes 2000)

Accès à la prévention et aux soins

- Parmi les familles à faibles revenus, le recours à un spécialiste est 2 fois moins fréquent que dans la population générale.

Les pathologies évitables, les inégalités de santé et les liens de santé enfant-adulte

Les troubles du langage, des acquisitions, des apprentissages, de l'adaptation sociale, les difficultés scolaires, touchent en priorité les familles socialement et économiquement vulnérables.

Troubles du langage

- L'enquête a porté sur 5 tests explorant la conscience phonologique, la désignation des images, la compréhension orale, le discours spontané, l'élocution. 66% des enfants hors ZEP présentent des résultats satisfaisants à l'ensemble des tests, contre 50% des enfants en ZEP.

Retard scolaire : 3% dans familles aisées, versus 17% familles vulnérables

Les pathologies évitables, les inégalités de santé et les liens de santé enfant-adulte

Accidents, intoxications et suicides :

- 1500 décès entre 1 et 19 ans (45% des DC)

Pic d'incidence des accidents domestiques : entre 3 et 4 ans, 1ère cause de décès.

Accidents de la vie courante et de la circulation

- Le taux de décès dû aux accidents de la circulation est respectivement de 30 pour 100 000 pour les ouvriers et de 11 pour 100 000 pour les cadres

Les pathologies évitables, les inégalités de santé et les liens de santé enfant-adulte

Suicides : 12000 décès population générale

le suicide des adolescents représente la deuxième cause de mortalité en France des 15-24 ans (entre 600 et 800 décès par an), après les accidents de la route et la première cause des 25-34 ans pour les hommes et la deuxième pour les femmes, derrière les tumeurs.

15% de récurrences parmi les suicidants dans l'année

4% des jeunes femmes de 15-25 ans contre 2,4% des hommes déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année.

Dépression : 30% des F et 10% des G 14/17ans font état d'une dépressivité selon l'échelle de Kandel (Enquête Espad 1999)

Les pathologies évitables, les inégalités de santé et les liens de santé enfant-adulte

Conduites addictives

- Alcool : consommation abusive 10% entre 14 et 17 ans, 20% à 18 ans
- Tabac : consommation régulière de 14% à 14ans à 30% à 17 ans.
- Cannabis : consommation répétée 21% G 11% F à 18 ans
- Psychotropes : 30% des adolescentes hors méd. (enquête Escapad 2002)

Sexualité, contraception IST chez les moins de 20 ans

- Hausse des rapports non protégés
- Hausse des Chlamydioses (prévalence 6%)

Les pathologies évitables, les inégalités de santé et les liens de santé enfant-adulte

Les troubles mentaux

- Un enfant sur huit souffre d'un trouble mental en France
 - Autisme, hyperactivité, troubles obsessionnels compulsifs, troubles de l'humeur, troubles des conduites, anxiété, anorexie, boulimie, schizophrénie

L'OMS prévoit que les troubles mentaux seront présents chez 15 % des enfants et des adolescents en 2020, ils deviendront alors l'une des cinq principales pathologies les concernant

Les experts recommandent en conséquence une amélioration du dispositif de repérage précoce existant, intéressant notamment la PMI

La fréquence des troubles mentaux de l'adulte et le taux important des suicides au delà de 20 ans témoignent de l'insuffisance du dépistage en amont, et de la prise en charge de la santé globale de l'enfant et de sa famille.

Les pathologies évitables, les inégalités de santé et les liens de santé enfant-adulte

Les enfants en danger

- 100 000 enfants en danger
- 20 000 enfants maltraités
- Facteurs à l'origine du danger :
 - carence éducative 50%
 - psychopathologies parentales 15%
 - dépendance 12%
 - socio-économique et culturel : 25%

(rapport ODAS 2007)

La loi réformant la protection de l'enfance

Les travaux, les enquêtes et les avis consacrés aux différents aspects de la vulnérabilité, à ses effets sur la santé et aux moyens d'y remédier, notamment le rapport de synthèse de l'IGAS, ont inspiré, et expliquent dans sa profondeur, La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance..

La Loi place la prévention précoce au centre du dispositif de protection de l'enfance (CSP + CASF).

Elle précise le rôle essentiel de la PMI au sein des nouveaux dispositifs préventifs en confortant sa compétence spécifique pour la prévention périnatale et le suivi des enfants de moins de six ans.

Les apports de la loi du 5 mars 2007

Elle fait référence à des éléments nouveaux concernant la protection des enfants et la parentalité :

- La prise en compte des besoins fondamentaux physiques, intellectuels, affectifs et sociaux de l'enfant doit guider toute décision le concernant (Art.1)
- les liens d'attachement noués par l'enfant avec d'autres personnes que ses parents doivent être maintenus, voire développés, dans son intérêt supérieur (Art.3 - 6°)
- un soutien matériel, éducatif et psychologique doit être apporté tant au mineur qu'à sa famille confronté à des difficultés risquant de mettre en danger sa santé sa sécurité sa moralité ou de compromettre gravement son éducation ou son développement physique, affectif, intellectuel et social (Art. 3)
- « Lorsque les parents présentent des difficultés relationnelles et éducatives graves, sévères et chroniques, évaluées comme telles dans l'état actuel des connaissances, affectant durablement leurs compétences dans l'exercice de leur responsabilité parentale, une mesure d'accueil (...) peut être ordonnée pour une durée supérieure à deux ans, afin de permettre à l'enfant de bénéficier d'une continuité relationnelle (...) dans son lieu de vie (Art. 14)

Les apports de la loi du 5 mars 2007

Elle prévoit un recentrage des actions autour de la naissance

- entretien prénatal au 4e mois de grossesse
- Soutien de la mère, du père et du nouveau-né lors du retour au domicile en liaison avec la maternité : réseaux périnataux de proximité, staff de parentalité -

Elle prévoit un dépistage et un suivi des troubles d'ordres physique, psychologique, sensoriel, de l'adaptation et des apprentissages dans les deux premières années et entre 3 et 4 ans.

- Etablissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de 3 à 4 ans notamment en école maternelle

Elle prévoit des actions d'accompagnement touchant en priorité les populations et les parents vulnérables en s'appuyant sur les actions collectives, sur les réseaux PMI-ville-hôpital et le partage d'informations nécessaires

- Accompagnement des parents notamment dans les 2 premières années de l'enfant

L'organisation de la PMI

- Un service départemental placé sous la responsabilité et l'autorité du PCG et dirigé par un médecin
- Des équipes de professionnels médicaux, paramédicaux et techniques de PMI territorialisées, qui participent à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé du département à l'échelle des unités territoriales, en relation avec les services sociaux et éducatifs.

Les 3 groupes de missions de la PMI

- Des actions de prévention centrée sur la famille, à l'interface des acteurs de prévention sociaux, éducatifs, culturels, des acteurs de soins et des acteurs de protection judiciaire,
visent à la prise en charge globale et partenariale de la santé physique, mentale et sociale de l'enfant, de l'adolescent, des parents et futurs parents.
prévention périnatale, infantile, planification familiale
- Des actions de contrôle et de surveillances des établissements et des professionnels de l'accueil de la petite enfance
Assistants maternels et familiaux, établissements d'accueil de la petite enfance, accueil de loisir
- Des missions de santé publique déléguées par l'Etat, notamment sa participation au recueil et à l'exploitation de données épidémiologiques concernant les indicateurs et les déterminants de santé de la période périnatale à l'âge adulte.
Exploitation des certificats de santé, enquêtes épidémiologiques nationales (INVS)

Contribution nationale de la PMI

- Les équipes de PMI touchent 20% de la population infantile, les sages femmes de PMI touchent 18% des femmes enceintes
- 9000 à 10 000 professionnels interviennent au sein des services de PMI, dont:
 - 2000 médecins titulaires et 1000 contractuels
 - 5000 infirmières-puéricultrices
 - 800 sages femmes
- Les missions concernent 6 publics prioritaires :
 - les enfants de moins de 6 ans
 - les femmes enceintes
 - les adolescents et les jeunes
 - les populations vulnérables
 - les enfants confiés à l'ASE
 - les professionnels des modes d'accueil de la petite enfance

Les spécificités et les atouts de la PMI

L'Accessibilité et la mobilité géographique

- 5000 lieux de consultation, des visites à domicile en milieu défavorisé ou rural, dans les écoles, des liaisons hospitalières
- Simplicité et gratuité de l'accès aux consultations, gratuité des vaccins

Un soutien pluridisciplinaire et partenarial, au sein d'un réseau d'intervenants sociaux, éducatifs et sanitaires (par ex staff parental en maternité)

Un personnel disponible et présent aux moments clé et précoces du développement et de l'établissement des liens parents-enfants, attentif aux facteurs de risque et de protection, ou à la survenue d'affections ou de déficiences

Une double approche, individuelle centrée sur le soutien à la personne, et collective centrée sur l'organisation, la promotion et l'économie de santé

Une compétence spécifique pour accompagner les parents vulnérables au long d'un dialogue de santé vers un engagement actif et des changements comportementaux conduisant à l'accès aux soins

Les actions de la PMI

Périnatalité

Pendant la grossesse

- Réception des avis de grossesse
- Consultations médicales prénatales,
- Visites à domicile par les sages femmes de PMI,
- Entretien prénatal précoce du 4ème mois de grossesse,
- Participation aux staffs de parentalité dans les maternités
- Actions collectives pour les futurs parents : « Préparation à la naissance et à la parentalité », « Autour de la naissance »).

En période post-natale

- VAD des sages femmes et des puéricultrices, permanences des puéricultrices,
- consultations médicales
- Transmission d'informations entre maternités – PMI :
 - 1^{er} certificat de santé
 - Réunions,
 - Liaisons maternités - PMI,
 - Liaisons avec l'HAD (hospitalisation à domicile),

Les actions de la PMI

Santé infantile

- Consultations médicales préventives,
- Participation aux staffs hospitaliers : pédiatrie, maternité, pédopsychiatrie
- permanences et Visites à Domicile (VAD) des puéricultrices,
- Bilans de santé pour les enfants de 3 à 4 ans en écoles maternelles
- Nombreuses actions collectives (lieux d'accueil enfants-parents, animations de salle d'attente...)
- Participation aux campagnes nationales (vaccinations, saturnisme, ...)
- Participation à la formation des internes de médecine générale

Les actions de la PMI

Planification familiale

- Consultations médicales (contraception, dépistage Infections Sexuellement Transmissibles...)
- Informations collectives, notamment dans les établissements scolaires en partenariat avec l'Education nationale
- Entretiens pré et post IVG
- Entretiens de conseil conjugal et familial
- Coordination des actions avec les espaces santé jeunes, les maisons des adolescents, les centres de vaccination et les CIDDIST

Les actions de la PMI

Les modes d'accueil individuel

- Agrément des assistants maternels et familiaux
- Suivi et accompagnement des assistants maternels
- Formation obligatoire des assistants maternels
- Maison d'Assistants Maternels (MAM).
- Aides financières
- mise en œuvre de projets innovants

Les modes d'accueil collectif

- Information et soutien technique pour les porteurs de projets
- Autorisation d'ouverture, suivi et contrôle technique, administratif et financier des établissements et services d'accueil,
- Informations régulières auprès des gestionnaires de structures
- partenariat avec la CAF et la MSA
- Aides financières selon les politiques départementales

Les relais assistants maternels

- Soutien technique, et financier selon les politiques départementales

Les actions de la PMI

Organisation de la Commission départementale d'accueil des jeunes enfants

Instaurée par le décret 2002-798 du 3 mai 2002

Présidée par le président du Conseil général

Vice-présidée par le président de la CAF

Instance de réflexion, de conseil, de proposition et de suivi concernant toutes questions relatives à l'organisation, au fonctionnement, au développement des modes d'accueil du jeune enfant et à leur égalité d'accès, et à la cohérence des politiques conduites dans le département en faveur de la petite enfance.

Elle examine chaque année un rapport sur l'état des besoins et de l'offre d'accueil des enfants de moins de 6 ans établi par le service de PMI et la CAF.

Elle comprend des membres élus ou désignés des institutions, des organismes, des associations et des collectivités compétentes ou représentatives dans le domaine de l'enfance

Les méthodes et les outils préventif développés en PMI

Etablissement de la relation et du dialogue parents-professionnels

- Dialogoris et langage en tant qu'outil de prévention

Évaluation des capacités parentales

- 9 domaines d'évaluation, évaluation du pronostic de changement

Évaluation du développement de l'enfant

- Denver adapté, Brunet-Lezine, Eval-mater, ADBB, échelles de stress

Dépistage précoce des troubles d'établissement des liens d'attachement

- Sensibilité maternelle, indices d'insécurité, indices de troubles de l'attachement

Dépistage précoce des troubles mentaux de l'enfant

- CHAT

Actions collectives

- Groupes de parole, lieux d'accueil enfants-parents, ateliers, ...

La PMI est-elle en mesure d'assumer ses missions ?

- le volume des tâches et des missions de PMI a considérablement augmenté, plaçant l'ensemble du dispositif dans un état critique, du fait de l'action conjuguée de l'accroissement des populations d'âge PMI, de nouvelles réglementations, de la démographie médicale défavorable, des nouvelles formes de vulnérabilité nécessitant de nouvelles pratiques.
- Les disparités départementales (ex 1 à 20 pour les sages femmes) et intra-départementales (zones découvertes par difficulté de recrutement) sont importantes, non corrélées aux besoins, favorisées par l'insuffisance de l'accompagnement par les instances nationales.
- La participation de l'assurance maladie au financement des actions de PMI, pourtant prévue par la loi est historiquement limitée (60M€ pour 700M€ de dépenses) et la nouvelle convention-cadre proposée par la CNAM pose des difficultés d'application supplémentaires, s'ajoutant à l'actuelle conjoncture de contrainte budgétaire des départements,

La PMI doit améliorer son pilotage et ses compétences

En termes de formation :

- Art. 1er (L.112-3 du CASF) „dans l'état actuel des connaissances“
- 1 - Savoir évaluer les compétences parentales
- 2 - Savoir appliquer les méthodes de soutien familial, les programmes d'entraînement aux habiletés parentales
- 3 - Savoir évaluer les risques de compromission du développement de l'enfant
- 4 – savoir conduire l'entretien du 4^e mois de grossesse

En termes de stratégie régionale et de méthode

- 1 - En participant à la mise en place de réseaux et de partenariat de santé (réseaux périnataux régionaux et de proximité)
- 2 - En mettant en place des outils d'évaluation : choix d'indicateur et de variables sensibles, exploitation épidémiologique et informatique
- 3 - En s'inscrivant dans le dispositif régional de santé publique (PRSP, CRN,...

La PMI doit se repositionner

En termes de ressources

- En obtenant une adaptation de la convention-cadre qui définit la participation financière de la CPAM aux actions de prévention de santé menées par le département.

En termes de coordination nationale de la santé de l'enfant

L'absence d'instance nationale en PMI et les disparités entre collectivités territoriales pénalisent la continuité et la rationalisation des interventions en matière de prévention médico-sociale, alors que les collectivités sont en position d'opérateur des politiques nationales.

Il apparaît utile d'intégrer davantage la PMI dans les politiques nationales, de prévoir une représentation nationale afin d'accompagner le développement de la qualité de ses interventions, de promouvoir les échanges de bonnes pratiques, de définir des orientations au niveau national et des objectifs globaux concernant l'enfance.

Le CNN devenu CNNSE apparaît être l'instance nationale de choix pour développer ce programme de suivi, d'accompagnement et d'intégration de la PMI à la politique nationale de santé des enfants, reprenant ainsi à son compte la proposition de l'IGAS de création d'un Conseil national de la politique de l'enfance

La PMI, une vocation préventive d'avenir

La PMI, repositionnée dans les politiques nationales de santé et les instances nationales d'évaluation, ayant toute sa place au sein d'une représentation nationale de la politique de l'enfance, pourrait participer avec fécondité, énergie et compétence à l'élaboration d'un plan pluriannuel pour la santé globale de l'enfant, dans l'esprit de la loi de santé publique.