UNIVERSITÉ DE LORRAINE | BIBLIOTHÈQUES UNIVERSITAIRES

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Master 2

« Santé publique et environnement »

Parcours

« Interventions en Promotion de Santé »

Mémoire

2019-2020

Quels critères retenir afin d'évaluer les interventions de la PMI dans le département de l'Aude en l'absence de référentiel national déclaré ?

Madame Caroline Lévy

Maitre de Stage

Docteur Véronique Moniez

Guidant universitaire

Professeur Nathalie Thilly

Contenu

Abréviations 2

1-Introduction 3

2-Contexte 4

2.1- Une institution bien française 4

2.2- Les éléments évaluatifs existants 5

2.3- Les missions PMI selon le Code de la Santé Publique 7

2.4- Les missions PMI selon les déterminants de santé 9

2.5- Les missions PMI selon les besoins de la femme et de l'enfant 10

2.6- La PMI dans l'Aude : organisation et fonctionnement 12

2.7- La situation audoise 13

3. Objectifs 15

4. Méthode 16

4.1- Elaboration d'un organigramme 17

4.2-Moyens mis en place 18

4.2.1-Revue littéraire 18

4.2.2-Recherche en littérature grise 20

4.2.3-Demandes auprès des autres PMI françaises 20

5. Résultats 20

5.1-Revue littéraire 20

5.2-Informations et recommandations retrouvés en littérature grise 26

5.3-Les réponses des autres services de PMI 29

5.4- Propositions concrètes proposées au service de PMI 30

5.4.1-Pour l'évaluation d'un dispositif d'intervention à visée collective 31

5.4.2-Pour l'évaluation d'une intervention à visée individuelle 32

6-Discussion 40

7-Conclusion 41

8- Bibliographie 42

9-Annexes 50

Abréviations

AF : Assistant(e) Familial
AM : Assistant(e) Maternelle
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
AS : Assistante sociale
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
BSEM : Bilans de Santé En Ecole
CAF : Caisse d'Allocation Familiale
CD(Aude) : Conseil Départemental (de l'Aude)
CERFA : Centre d'Enregistrement et de Révision des Formulaires Administratifs
CMS : Centre Médico-Social
CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
CS8, CS9 et CS24 : Certificat de Santé du 8ème jour, du 9ème mois et du 24ème mois chez l'enfant
CSC : Comprehensive Support Care
CSP : Code de la Santé Publique
DOHaD *:* Developmental Origins of Health and Disease
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EPP : Entretien Prénatal Précoce
FFRSP : Fédération Française des Réseaux de Santé Périnatalité
GHT : Groupements Hospitaliers de Territoire
HAS : Haute Autorité en Santé
HCSP : Haut Conseil en Santé Public
IGAS : Institut Général des Affaires Sociales
INSEE : Institut National
INSERM : Institut National de Santé et de la Recherche
IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
ISS : Inégalités Sociale de Santé
ISTS : les inégalités Sociales et Territoriales de Santé
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
ODEMORE : l'Observatoire Des Non-Recours aux droits et services
PANJO : Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents : un Outils de renforcements des services de PMI
PCP : Pratiques Cliniques Préventives
PM : Pratique Médicale
PMI Protection Maternelle et Infantile
PNSE : Plan National de Santé Environnement
PPPI : Parc Principal Privé Potentiellement Indigne
RSA : Revenu de Solidarité Active
SNPPE: Stratégie Nationale de prévention de Protection de l'Enfance
SNS : Stratégie Nationale de Santé
SPF : Santé Publique France
TISF : Technicin de l'Intervention Sociale et Familiale
VAD : Visite à Domicile

1-Introduction

Mon stage s'est déroulé dans le service de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) du Conseil Départemental de l'Aude (CDAude) en tant que cheffe de projet.
La PMI est seule organisation sanitaire décentralisée en France accueillant du public. Son rôle historique est la prévention et la promotion de la santé auprès des femmes en âge de procréer[1] et des enfants de 0-6 ans. Aucun soin curatif n'y est dispensé. On y exerce une médecine presque exclusivement préventive[2], tout en proposant un dispositif d'actions médicosociales visant à agir sur les déterminants de santé défavorables impactant ce public. C'est une organisation originale à la France, transversale, territorialisée, d'accès gratuit et dont les missions officielles ont évolué depuis sa création. La PMI a très tôt présenté une touche de modernité en raison de son approche globale de la santé, au sein d'une équipe pluridisciplinaire.
Nous sommes actuellement dans une phase de mutations. L'Etat souhaite redynamiser la politique de santé préventive du pays, ce qui réactualise l'intérêt porté à la PMI. Elle pourrait avoir un rôle majeur à jouer au regard des défis auxquels nous devons faire face : les inégalités Sociales et Territoriales de Santé (ISTS), l'augmentation des pathologies chroniques(1) et des naissances de petit poids (comme dans tous les pays de l'OCDE(2)), l'émergence de facteurs environnementaux et climatiques défavorables pour la santé, la soutenabilité de notre système de santé, la désertification médicale, la crise des professionnels, …
Tout le travail de prévention médico-sociale en PMI participe à induire un changement de paradigme de la politique de santé publique : celui d'un passage espéré d'un consommateur de soins à un **acteur de sa santé**.
La Stratégie Nationale de prévention de Protection de l'Enfance 2020-2022 (SNPPE 20-22) paru le 14 octobre 2019(3) précise la volonté de contractualiser, sur la base du volontariat, la mise en place de dispositifs d'actions de prévention concrètes sur le terrain[3]. Cela va nécessiter l'obligation d'identifier des « *indicateurs de résultats pour chaque action pour mesurer l'atteintes des objectif*s »(3). Les enjeux sont de poids pour chaque département, car il est prévu d'allouer dès 2020, plus de 70 millions d'euros pour budgétiser ses contrats entre l'Etat et les départements(3).
N'étant pas considéré comme un établissement de santé, la PMI n'est pas soumise aux mêmes contraintes évaluatives. Les Conseils Départementaux n'ont qu'une obligation de transmettre annuellement des indicateurs d'activités et d'effectifs à la « Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques » (DREES). Aucun plan d'évaluation n'a été conçu au moment de la création de la PMI. Elle doit cependant se préparer, à minima, à mener des évaluations internes, ainsi qu'à démontrer ses compétences pour répondre aux attentes de l'Etat en matière de santé publique, et à celles de ses usagers.
Le médecin chef de ce service, Mme Moniez, m'a proposé de mener un travail visant à poser les bases indispensables pour évaluer les interventions de PMI dans l'Aude, et ce, en l'absence d'un référentiel déclaré pour la PMI. Cette évaluation doit tenir compte de la

[1] Femmes de 15-49 ans

[2] En ce qui concerne la prise en charge pédiatrique, c'est bien une médecine exclusivement préventive. Par contre, pour la femme certaines prescriptions sorte de la prévention puisqu'il peut y avoir prescription d'IVG médicamenteuse, d'un traitement pour les IST dans le cadre les Centre de Planification et d'Education Familial (CPEF).

[3] On retrouve aussi cette volonté de contractualisation dans d'autres Plans comme la Stratégie Nationale de Prévention et de lutte contre la pauvreté(4)

mission de surveillance épidémiologique en particulier pour certains indicateurs précisés dans le Code de la Santé Publique (art. L2112-2 du CSP(5)). Ce travail doit permettre la mise en place d'un plan départemental d'évaluation (cf. étape 1 d'une démarche évaluative- voir Annexe 1-Tableau 1-p.50).

2-Contexte

Il est indispensable de comprendre la situation de cette institution, afin de saisir toute la complexité du projet. Nous verrons la place de la PMI dans le paysage français, puis son déploiement dans le département de l'Aude. Nous verrons également ses champs d'intervention en lien avec son cadre législatif, puis avec sa logique interventionnelle selon les déterminants de santé et avec les besoins de ses sous-populations cibles. Enfin, nous présenterons quelques caractéristiques de la population audoise particulièrement marquée par les ISTS.

2.1- Une institution bien française

. La PMI n'est pas un dispositif isolé, sans lien logique avec la politique de santé publique du pays et elle répond à certaines stratégies nationales. Il existe des éléments de références : cadres réglementaires, objectifs de missions, recommandations officielles, références connexes, modèles théoriques… C'est un outil de mise en œuvre de prévention et de promotion de la santé. C'est une organisation qui répond parfaitement au 6 axes de la charte d'Ottawa(6). L'état déploie la PMI sur l'ensemble de ses territoires et en délègue localement la gestion. Des réseaux de santé périnatale sont organisés localement et des partenariats sont possibles. Au sein des PMI, des interventions collectives et individuelles permettent à chacun de développer ses compétences en santé. Les campagnes nationales de santé publique ont un lieu pour être relayées.

La PMI est le déploiement décentralisé d'une partie de la politique sanitaire et sociale voulue par l'Etat français qui a démarré en novembre 1945 à la sortie de la 2nde guerre mondiale(7). Il s'agissait de lutter contre la mortalité infantile[4] en assurant, en centre et à domicile, le suivi des grossesses et la pratique d'une pédiatrie préventive. Dès son origine, elle se positionne dans une alliance médicle et sociale grâce à la présence d'une équipe pluridisciplinaire(8). On peut dire que d'un point de vue économique, la PMI est un investissement social sur le long terme(9) Cela représente aujourd'hui près de 5 100 points de consultations sur tout le territoire français. Les actions en faveur des enfants représentent 59% de son activité, les actions de suivi des mères 12% et les actions de planification familiale 29% (dont 29% ont moins de 18 ans)(10).

Au cours de son histoire, elle va être soumise à différentes transformations, mais surtout amplifications de ses missions liées à l'évolution des besoins sociétaux en matière de santé publique. La « *loi Defferre* » de 1982 constitue un tournant majeur en actant un transfert de compétences aux départements de toutes les Aides Sociales, dont la PMI fait partie. On comprend ici qu'elle n'est donc pas considérée comme une offre de soins. Ses aides concernent 4 grands domaines : l'aide aux personnes âgées, l'aide aux personnes handicapées, l'aide sociale à l'enfance (dont la PMI) ainsi que l'aide aux personnes en situation de précarité(11,12). Elles constituent un « panier » d'instances territorialisées et

[4] Le taux de mortalité infantile <1an était de 113,7 ‰ naiss. entre 1945 et 1950(8), il de 3,7 ‰ naiss. En 2016 (50% d'entre eux décèdent dans la 1ère semaine).

légalement de nature **transversale**. L'idée était de permettre aux départements d'adapter les aides aux caractéristiques de chaque micro-territoire, en laissant le champs libre à leur déploiement(13). La PMI représente en moyenne 1 % du budget des Conseils Départementaux (8).
Malheureusement, dès 1995, la PMI va amorcer un déclin progressif de ses activités sanitaires en raison du détournement du « *cœur de métier préventif* » (cf. activtés médicales)(8),.. Les missions non-sanitaires vont s'accumuler alors que les besoins de lutter contre les ISTS augmentent(8). Toutes les activités sanitaires ont subi un déclin de 50 % en 25 ans. Les consultations infantiles, réduites de 45 %, se sont concentrées sur les 0-2ans, les besoins en Entretien Prénatal Précoce (EPP) ne sont couverts qu'à 6 %. Les Bilans de Santé En Ecole (BSEM) ne sont réalisés qu'entre 70 % à 98 % selon les territoires, alors que le dépistage précoce devrait être universel(8). Aussi, la PMI « *pourrait disparaitre d'ici une décennie sur la majorité des départements* » par pénurie de médecins si rien n'est entrepris pour redynamiser cette institution. Aussi, le rapport parle de « ***crise majeure de la PMI***».(8).
Un élément supplémentaire s'ajoute à la complexité de l'évaluation : si cette institution n'est pas autorisée à sortir de l'exercice préventif de la médecine[5], cela ne lui en donne pas pour autant l'exclusivité. Les enfants et les femmes ciblés sont libres de consulter d'autres professionnels de santé, en libéral ou en établissement de santé. On constate d'ailleurs une disparité sociale dans le public qui fréquente la PMI, car les plus aisés auront tendance à faire leur suivi médical ailleurs(13). L'Institut Général des Affaires Sociales (IGAS, 2006) estime que 18 % des femmes enceintes et 20 % des enfants de 0-6 ans sont suivis par la PMI(15).
La stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté consacre de ce fait un chapitre à la PMI(4). L'absence d'avance de frais en fait un lieu d'accueil privilégié pour les familles les plus démunies. L'universalisme proportionné y trouve une place de choix, grâce à son personnel pluridisciplinaire. En même temps, la désertification médicale dont souffre certaines parties du territoire audois, en particulier en médecins pédiatres et en gynécologues, ainsi que le refus de prise en charge pédiatrique de certains médecins généralistes, rend parfois son activité essentielle à l'ensemble des familles. L'Aude vit ce type de situation sur certains micro-territoires en particuliers dans son secteur Ouest. Ceci explique quelques variations du public selon les secteurs géographiques.
Du fait de cette délégation faite aux CD et en raison de cette absence d'évaluation qualitative des missions de la PMI, on peut se demander quels sont les moyens de contrôle de l'état ?

2.2- Les éléments évaluatifs existants

S'il n'y pas de référentiel officiel au niveau national, ni de consensus unanime sur la manière d'évaluer qualitativement et quantitativement le travail de la PMI, il existe toutefois certaines normes et indicateurs de contrôle
Toutefois, nous découvrirons d'autres recommandations au cours de nos recherches. Certains organismes ont émis des recommandations, non exclusives à la PMI, intéressant les actions du médico-social, la prévention et les actions de dépistage(16). Nous verrons, aux termes de la partie résultats, comment ces éléments seront pris en compte dans le futur projet évaluatif des missions de PMI.

[5] **R. 4127-99 CSP**, *« les soins curatifs ne peuvent être dispensés par un médecin qui assure un service de médecine préventive pour le compte d'une collectivité, la personne reconnue malade devant être adressée au médecin traitant ou à tout autre médecin désigné par celle-ci »,* **sauf exception** *« cette règle ne saurait s'appliquer en cas d'urgence ou dans les cas prévus par la loi* »(14).

2.2.1-Normes légales ou indicateurs de la DREES

La PMI doit annuellement transmettre une liste d'indicateurs à la DREES, qui sont répertoriés au sein de sa rubrique des aides sociales. Cela permet de comprendre la structure des rapports annuels d'activités des Conseils Départementaux. Dans l'Aude, chaque Centre Médico-Social (CMS) transmet annuellement au médecin chef de la PMI les relevés correspondant à son centre.

Les **normes d'activités et d'effectifs** sont un moyen pour l'Etat de s'assurer que la politique de décentralisation est suffisamment déployée (cf. Annexe 2-Tableau 2 synthèse des indicateurs DREES et Annexe 3-Tableau 3-résultats 2017 pour l'Aude) (13). On notera qu'aucune sanction n'est formulée en cas de non-respect de ces normes à l'encontre des départements. Les activités du personnel sont comptabilisées en nombre de demi-journée travaillées ; ce sont des critères quantitatifs. Les articles R2112-5 et R2112-6 du CSP prévoient qu'il est attendu au minimum :

Normes d'activités (cf. les missions de PMI des art. L2112-1 et 2112-2) :

- Pour les consultations destinées aux « *femmes enceintes et jeunes mères, particulièrement démunies* » : 4 demi-journées/ semaine pour 100 000 hbts de [15-50] résidants sur le département.

- Pour les activités de planification et d'éducation familiale : 12 demi-journées/ semaine

- Pour les consultations destinées aux enfants de <6ans : 1 demi-journée/ semaine pour 200 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente de parents résidents dans le département,

Normes d'effectifs : **moyens humains :**

- Le service doit être dirigé par un médecin et comprend du personnel qualifié et pluridisciplinaire (cf. l'art. L2112-1),
- Une sage-femme à temps plein ou équivalent pour 1 500 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente (cf. l'art. R2112-7 organisation et personnel de PMI),
- Une infirmière puéricultrice (ou à défaut avec expérience appropriée) à temps plein ou équivalent pour 250 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente (cf. l'art. R2112-7 organisation et personnel de PMI).
-La DREES relève également le nombre total de personnes au 31 décembre par catégorie, ainsi que le nombre de vacations totales.

Normes d'effectifs : **Moyens matériels :** Concernant la localisation des consultations et planification : le nombre de points fixes et de camions, ainsi que le nombre de régies directes et indirectes[6] sont aussi relevés.

Dans les faits, les effectifs ci-dessus ne sont pas toujours respectés, en raison des difficultés de recrutement du personnel médical et paramédical(8). De par leur nature, les indicateurs de la DREES ne permettent pas la réalisation d'une évaluation qualitative des missions de PMI. Dans la perspective d'une évaluation qualitative, on voudra savoir s'il y a un impact significatif entre les interventions préventives réalisées et l'état de santé des sujets. Ceci nécessiterait le recueil d'indicateurs différents, et la réalisation d'un travail statistique à partir des bases de données brutes.

Le rapport Peyron propose de redéfinir totalement ces normes « *en fixant des objectifs cibles en termes de taux de couverture des besoins* »[7](8).

[6] Fait référence aux missions qui sont gérées dans le cadre de services administrés par le département, ou délégués à un autre prestataire de service.

2.2.2-*Les indicateurs imposés par la mission de surveillance épidémiologique*

La mission L2112-2 en matière de suivi épidémiologique concerne le recueil et le traitement des informations recueillies. L'article R2112-8 impose de transmettre au préfet « *une présentation et une analyse des indicateurs* » sociaux, démographiques et sanitaires dont la « *moyenne nationale est fournie par le ministre de la santé* ». 5 indicateurs sont particulièrement visés. Il s'agit du :

- « *Nombre d'Interruption de Grossesse chez les femmes de <18 ans* »,
- « *Nombre de grossesses non suivies ou mal suivies* »,
- « *Taux de mortalité maternelle* »,
- « *Nombre d'enfants présentant un handicap* »,
- « *Nombre de décès d'enfants de < 6 ans* »,

Cependant, il est précisé que tout ce qui pourrait être utiles pour « *déterminer les besoins de la population et les actions à entreprendre en PMI* », pourra faire l'objet d'un recueil et d'un suivi. Cette mission n'est pas encore réalisée par la PMI de l'Aude.

On compte 17 examens obligatoires pour l'enfant de 0-6 ans. Les examens du 8ème jour (CS8), du 9ème mois (CS9) et du 24ème mois (CS24) donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé transmis à la caisse d'assurance maladie, à la PMI et à la CAF du département de résidence. Ils contiennent de nombreuses données exploitables théoriquement. Malheureusement, le taux de retours (CS8 80%, CS9 38% et CS24 29%) ainsi que le taux de remplissage est insuffisant(17). Quatre des cinq indicateurs de suivi de la mission épidémiologique sont présents sur ces derniers (voir explications en suivant).

Tous les certificats de santé de l'enfant sont transmis au service de PMI (cf. L2132-3 CSP). On notera qu'à l'exception du « *nombre d'IVG chez les femmes de <18ans* », ces indicateurs sont présents sur les certificats de naissance.

2.2.3- *Les 12 indicateurs de santé périnatale*

Ces indicateurs sont le résultat d'un travail collectif entre la DREES et la Fédération Française des Réseaux de Santé Périnatalité (FFRSP). « *La plupart sont issus de la liste des indicateurs EURO-PERISTAT* ». Ils sont relevés dans les établissements de soins privés et publics(18). Ils sont d'intérêt pour les résultats à moyen termes pour la Pratique Médicale préventive[8] (PM)(19) en PMI, de façon indirecte, mais également pour l'établissement de certaines stratégies gouvernementales en santé publique. On y retrouve :

Indicateurs sur les accouchements et les naissances : accouchements multiples, âge maternel, prématurité, faible poids de naissance, mode d'accouchement, taux de césariennes programmées à terme (>=37A), taux de césariennes programmées à terme, grossesses uniques, taux de naissance en maternité de type III des nouveau-nés avec AG<32A ou PN<1500 g,

Indicateurs sur la mortinatalité et la mortalité hospitalière : Mortalité totale hospitalière estimée (à partir du séjour de la mère), mortinatalité totale hospitalière, mortalité néonatale précoce hospitalière (<7 jours), mortalité périnatale hospitalière.

2.3- Les missions PMI selon le Code de la Santé Publique

Elles sont définies dans les articles suivants du Code de la Santé Publique (CSP) :

L'article L2112-1(20): il concerne l'organisation des missions et du personnel (normes d'effectifs), les modalités budgétaires, le caractère délégable des missions (cf. Régie directe ou indirecte). Cet article précise qu'il s'agit d'un « ***service non personnalisé du***

[7] Par exemple : atteindre tant de % de réalisation par an pour telle type de consultation.

[8] Nous donnons plus de détail sur la définition de la PM dans les résultats de la recherche en littérature grise, selon ce que recommande le HCSP à ce sujet

département » comprenant du personnels et qu'il est « *dirigé par un médecin* » (20). En raison de cette non personnalisation, on constate une très grande hétérogénéité dans son déploiement d'un département à l'autre(8). Ceci est remarquable à tous les niveaux : organigramme départemental, organisation interne, rattachement ou non à d'autres services du secteur de la santé ou du social, moyens déployés (50% des départements ne remplissent pas les normes d'effectifs et d'activités(8). Cet article met également l'accent sur la possibilité de conclure des partenariats.
L'article L2112-2(5) : il présente exhaustivement toutes les missions PMI qui sont formulées comme des objectifs opérationnels, et sont présentées dans le tableau 4 ci-dessous.

tableau 4 : **Listing des missions de PMI selon l'art. L2112-2 du CSP**(5)

1	**Des consultations** prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;
2	**Des consultations et des actions de prévention médico-sociale** en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle, en tenant compte des missions particulières des médecins traitants mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et sans préjudice des compétences des médecins du service de protection maternelle et infantile ;
3	**Des activités de planification familiale et d'éducation familiale** ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse dans les conditions définies par le chapitre Ier du titre Ier du livre III de la présente partie ;
4	**Des actions médico-sociales préventives à domicile** pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien prénatal précoce proposé systématiquement et réalisé à partir du quatrième mois de grossesse, prévu au dernier alinéa de l'article L. 2122-1, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;
4bis	**Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées**, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations ;
5	**Le recueil d'informations en épidémiologie** et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations et en particulier de celles qui figurent sur les documents mentionnés par l'article L. 2132-2 ;
6	**L'édition et la diffusion des supports d'information sanitaire** destinés aux futurs conjoints et des documents mentionnés par les articles L. 2122-2, L. 2132-1 et L. 2132-2 ;
7	**Des actions d'information sur la profession d'assistant maternel** et des actions de formation initiale destinées à aider les assistants maternels dans leurs tâches éducatives, sans préjudice des dispositions du code du travail relatives à la formation professionnelle continue.
T1	En outre, le conseil départemental doit **participer aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger** ou qui risquent de l'être dans les conditions prévues au sixième alinéa (5°) de l'article L. 221-1 et aux articles L. 226-1 à L. 226-11, L523-1 et L. 532-2 du code de l'action sociale et des familles.
T2	Le service contribue également, à l'occasion des consultations et actions de prévention médico-sociale mentionnées aux 2° et 4°, aux **actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage**. Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées.

NB : Les numéros fond bleu sont correspondent à la numérotation présente dans l'art. L2112-2 du CSP.
Ils sont réemployés dans la Figure 2-p.12 : extrait de l'organigramme du département.

2.4- Les missions PMI selon les déterminants de santé

Nous ne cherchons pas à faire une présentation exhaustive de tous les déterminants de santé en lien avec la femme de 15-49 ans ou l'enfant de 0-6 ans. Ce travail est largement référencé et connu. Il s'agit de voir globalement à quel niveau se positionnent les interventions de la PMI vis-à-vis des déterminants, chaque intervenant agissant selon son champ de compétences professionnelles.

A réception des déclarations de grossesse, la PMI contacte toutes les futures mères pour leur proposer un suivi grossesse, ainsi qu'une assistance médicosociale si besoin. Les mères font l'objet d'une autre proposition de suivi pédiatrique lorsque la PMI reçoit le CS8. Le carnet de maternité, ainsi que le carnet de santé de l'enfant sont des CERFA. Cependant, le CD audois a ajouté en introduction des deux carnets, des informations relatives aux possibilités de prise en charge par la PMI.

2.4.1- Missions au regard des déterminants de santé individuels

La médecine préventive en PMI est surtout de niveaux **primaire** et **secondaire**[9]. Médecins, sages-femmes et puéricultrices interviennent essentiellement à ce niveau. On veut garantir les mêmes chances pour tous d'accéder à un état de santé optimum. Aussi, l'accès y est universellement gratuit afin de faciliter un dépistage de « *masse* »(21). « *La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités* »(22). Il s'agit de faire du dépistage précoce et de promouvoir l'adoption de comportements bénéfiques pour le maintien de la meilleure santé possible en tenant compte des facteurs individuels. C'est aussi un dépistage « *multiple* » car plusieurs types d'anomalies sont recherchées(21). L'Etat réclame actuellement l'élaboration d'un référentiel national pour uniformiser la pratique des Bilan de Santé des Enfants de 3-4 ans en Maternelle (BSEM) réalisé par la PMI (art. L2112-2, L2212-5 et R2112-3 CSP(5,20)). Une grande disparité est constatée aussi dans ce domaine (cf. taux de dépistage par catégories, type de tests utilisés)(8,23). Un travail d'élaboration est en cours. Les déterminants comportementaux sont aussi pris en compte.

2.4.2.- Missions au regard des déterminants de santé liés au milieu de vie et style de vie personnel

On s'intéresse aussi à la qualité de la prise en charge de l'enfant hors du foyer[10]. La qualité des habitudes de vie de la femme et donc de l'enfant, comme les comportements alimentaires, les addictions, la qualité des relations intra-familliale… sont des éléments intégrés aux interventions préventives au sein de la PMI. Aussi, certaines missions concernent le conjoint, le couple, l'adolescent (cf. éducation à la vie affective et sexuelle[11], Entretien Précoce Prénatal ou EPP…). Ces derniers sont des acteurs incontournables de l'environnement familial. Ici intervient le personnel médical, paramédical, les psychologues et les conseillers conjugaux. Les interventions en Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) et les séances d'éducations sexuelles et affectives aux collèges.

2.4.3- Missions au regard des déterminants de santé socio-économiques

[9] **Primaire** : éviter la survenue d'une maladie ou d'un état de santé indésirable, **Secondaire** : dépister les maladies

[10] Assistants maternels (AM) et familiaux (AF) et structures accueillant le jeune enfant avant son entrée en école maternelle (crèches)

[11] Ceci étant un tout plus vaste dans lequel entre les activités de planification et d'éducation familiale, la qualité de la relation à l'autre et du devenir potentiel de parent.

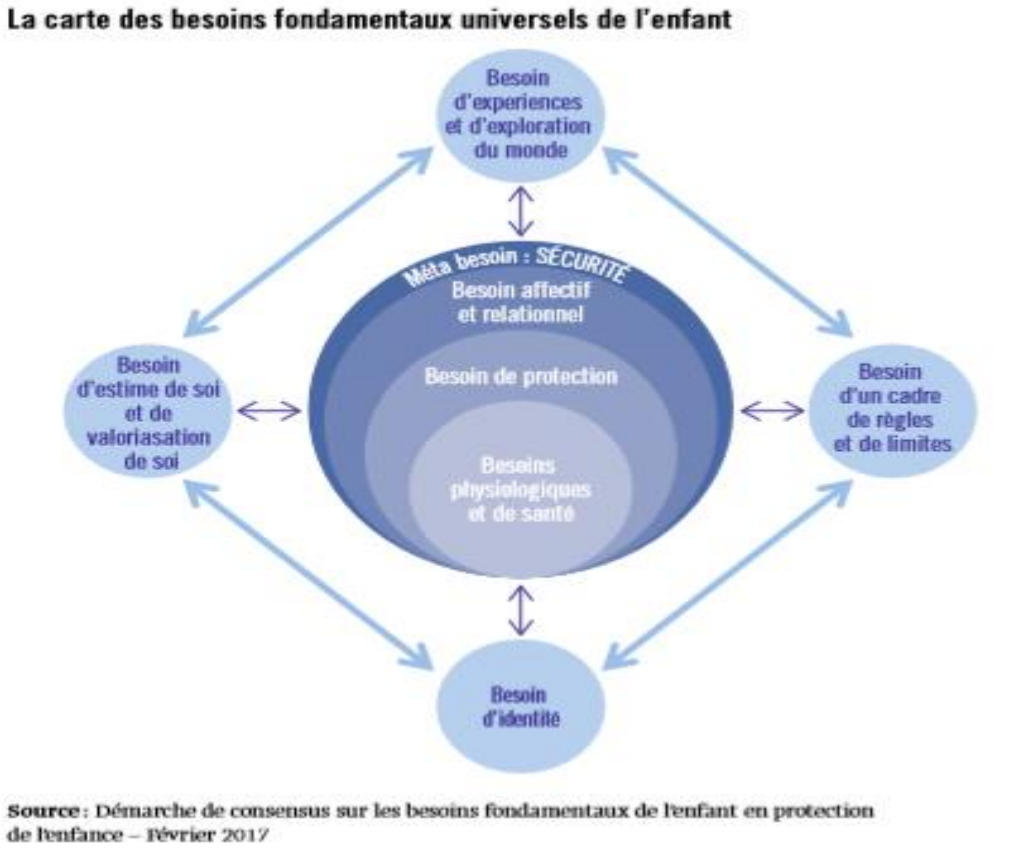
La PMI est un levier de prévention précoce pour lutter contre les ISTS repérables dès la grossesse et la petite enfance. Le personnel (para)médical adresse le public vers les assistantes sociales lorsque cela est nécessaire. Ces dernières dispensent des connaissances sur le système sanitaire et social et sur l'usage que l'on peut en faire. Elles permettent de réduire le non-recours aux dispositifs d'aides sociales et de couverture de santé... Ces professionnels portent aussi un regard avisé sur les conditions humaines et matérielles du milieu de vie et d'accueil du jeune enfant, ainsi que sur les acteurs qui gravitent autour de l'enfant. Un repérage de difficultés doit être rapporté à l'ensemble de l'équipe pour optimiser les interventions.

2.5- Les missions PMI selon les besoins de la femme et de l'enfant

Toutes missions en PMI prennent en compte la santé dans toutes ses composantes : physique, mentale/psychologique et sociale, selon la définition de l'OMS. Il sera cependant utile de considérer la santé non pas comme un « *état* », mais plutôt comme une **dynamique évolutive**. Les actions de prévention, de promotion et de dépistage reposent sur une vision projective de la santé. On cherche à corriger des facteurs de risque au plus près de leur origine, afin de garantir une progression harmonieuse de la dynamique de la santé.

2.5.1-Missions au regard des besoins l'enfant de 0-6 ans

Une surveillance du développement de l'enfant est pratiquée dès le stade fœtal. Il y a, à l'heure actuelle, un consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant permettant sa construction « *dans la plénitude de ses potentialités* ».



Santé Publique France (SPF) résume parfaitement les besoins de l'enfant au travers de cette figure dans son guide « *les besoins fondamentaux de l'enfant* »(24,25)

Figure 1 : Carte des besoins foncamentaux universel de l'enfant selon SPF

Trois fondements sont retenus (cf. Santé Publique France (SPF)) (24)(25): ils sont présents transversalement à toutes les missions PMI en lien avec l'enfant.

- « *Des relations stables et réceptives (développement d'interactions cohérentes, stimulantes et protectrices entre jeunes enfants et adultes* »(24) : on retrouvera par exemple ici les actions de soutien à la parentalité, l'éducation familiale et en amont l'éducation sexuelle et affective auprès des collégiens.
- « *Des environnements physiques, chimiques et bâtis sûrs et favorables* »(24) : On pense à un habitat « sain » et nous pouvons nous référer au concept « *d'Exposome*[12] »(26) introduit dans l'art. L1411-1 du CSP(28). Les expositions à l'alcool, au tabac, aux perturbateurs endocriniens, aux métaux lourds, la santé de sa mère avant et pendant la grossesse, peuvent altérer la santé de l'enfant au stade fœtal de façon irrémédiable. Aussi, l'Exposome est un élément transversal du Plan National de Santé Environnement 2015-2019 (PRSE 3(29,30)[13]). Il est censé être pris en compte dans toutes actions du plan. Des actions spécifiques de dépistages sanguins trouvent ici tout leur sens lorsqu'il y a repérage de conditions défavorables (ex. peinture au plomb, canalisations d'eau anciennes…). On va aussi penser au repérage de l'habitat dégradé.
- « *Une nutrition adaptée* »(24) : Cela peut être un accompagnement à l'allaitement, puis aux besoins alimentaires du nourrisson, variables avec l'âge. On parle du faible poids de naissance dû en partie à une mauvaise alimentation comme d'un facteur déterminant. Le concept de « *Developmental Origins of Health and Disease* » (DOHaD)(31) est maintenant bien référencé et reconnu par différentes études internationales. Les DOHaD sont intrinsèquement derrière tous les plans de prévention des « *1000 premiers jours de la croissance de l'enfant* », de sa conception à l'âge de 2 ans, et sont reconnus comme déterminants pour tout le reste de sa vie(32,33). C'est aussi en amont du programme « *Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents : un Outils de renforcements des services de PMI* » (PANJO)(34).

La PMI, en Visite à Domicile (VAD) ou par voie de convention, propose des consultations par une sage-femme et/ou un médecin pour les enfants dès la naissance. Ceux-ci entrent dans le cadre des examens obligatoires (délivrance du carnet de santé). Elle réalise aussi un Bilan de Santé des Enfants en Maternelle (BSEM) à l'âge de 3 à 4 ans (art. L2112-2).

L'enquête Elfe-PMI révèle qu'il existe de grandes disparités dans la réalisation de ses BSEM, tant en nombre qu'en qualité. La réalisation d'un référentiel unique pour cette activité est réclamée par l'Etat(3) et les médecins de PMI se mobilisent sur la question (échanges en interne et en externe).

2.5.2- Missions au regard des besoins de la femme en âge de procréer

Il s'agit d'offrir un libre choix à la procréation, d'accompagner les femmes dans la planification d'une naissance et pour les futures mères de surveiller les risques d'affections obstétricales directes ou indirectes (ex : affections préexistantes). Pour les mères, des actions d'accompagnement dans leur rôle de parent sont mises en place en fonction des nécessités ; cela peut inclure la participation du conjoint. L'éducation à la sexualité et à la vie affective auprès des adolescents vise à établir les fondements d'une future relation

[12] Il s'agit de la prise en compte *« l'ensemble des expositions auxquelles un individu est soumis tout au long de sa vie, de sa conception à sa mort »*. Ce concept a été inventé en 2005 par Christophe Wild, directeur du CIRC. Cela se concrétise par un dosage sanguin de 257 molécules d'origine exogènes ou endogènes(26,27).

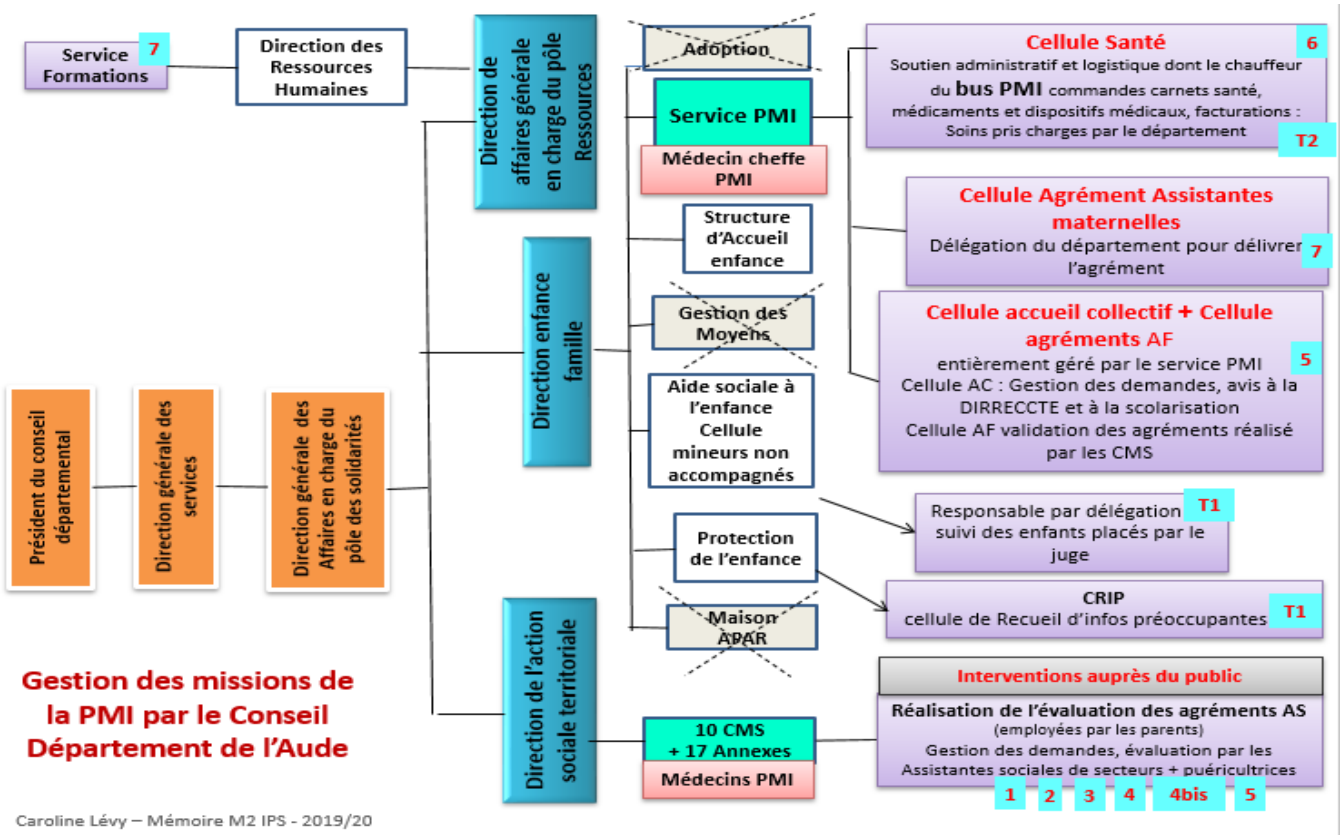
[13] **Le PNSE 4** est en cours d'élaboration au moment de la rédaction

harmonieuse entre partenaires, de prévenir les violences domestiques. Nous retrouverons bien entendu la prise en compte de toutes les composantes de la santé.

2.6- La PMI dans l'Aude : organisation et fonctionnement

Dans l'Aude, les missions officielles de PMI ont été réparties au sein de différents services. La **Figure 2** illustre à quel point nous sommes sur une organisation de type transversale. Il faut imaginer que l'organigramme de Conseil Départemental est beaucoup plus vaste que l'extrait présenté. Le « *service PMI* » gère exclusivement les missions relatives aux agréments des AF et des structures d'accueil, ainsi que le planning d'un bus itinérant offrant des consultations dans des zones excentrées aux CMS. On y retrouve aussi du personnel administratif, ainsi que le service de facturation des actes de PMI qui font l'objet d'une demande de remboursement auprès des caisses d'assurances maladies[14], mais également des psychologues et assistantes sociales chargées de l'évaluation des Assistants Familiaux (AF) qui accueillent les enfants de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). C'est dans ce service que j'ai été accueilli pour effectuer ma mission de stage.

Le médecin cheffe de PMI qui est à la tête du « *service PMI* », n'a aucun lien hiérarchique direct avec les autres médecins de PMI, ni avec les équipes qui travaillent au sein des CMS du territoire audois. Ces derniers dépendent de la « *Direction de l'Action Sociale Territoriale* », alors que le « service PMI » dépend de la « *Direction Enfance Famille* ». Les médecins au sein des CMS ne sont pas inclus dans le directoire des CMS. Chaque CMS a une information limitée sur les interventions qui sont menées au sein des autres CMS. Le médecin chef du service de PMI n'est pas tenu informé de l'ensemble des activités menées dans les différents CMS. On constate une souffrance identitaire pour l'ensemble du personnel, à tous les niveaux hiérarchiques.



[14] 80% des actes sont remboursées par les caisses, 20% sont pris en charge par le département (L2112-8 du CSP)

Figure 2 - Extrait de l'organigramme du département présentant la répartition administrative des missions PMI dans l'Aude (janvier 2020)

NB : **numéros Bleus** toujours selon la numérotation de l'art. L2112-2 du CSP (cf. tableau4, p.8). Les **cellules bleues** représentent les directions en lien avec au moins une mission PMI, mais pas obligatoirement de façon exclusive. Les **Cellules mauves** sont exclusives aux missions PMI. Les **Cellules barrées** ne concernent pas les missions officielles PMI, mais possèdent des bureaux au sein de cette direction.

2.6.1- Les missions de la PMI relatives à l'accueil du public

Elles sont exécutées au sein des 10 CMS départementaux contenant une équipe pluridisciplinaire. Dans l'organigramme des structures, l'équipe médicale et paramédicale n'apparait pas. Cette équipe médicale est relativement bien pourvue en dotation comparée à d'autres départements qui peuvent ne pas avoir de médecin en poste (8 dans l'Aude)(8).
Ces structures fonctionnent à guichet unique, Ce qui signifie qu'elles accueillent toutes les personnes souhaitant accéder à une des 4 aides sociales gérés par le CD, qui pour rappel sont toutes des services non personnalisés, donc transversal (cf. page 4).
Les CMS possèdent, en plus de leur local de rattachement, des annexes de consultation de PMI excentrées pour une meilleure couverture du département (cf. Annexe 4, p.53). Des VAD sont également pratiquées, ainsi que des interventions en milieu scolaire. Dans un bus aménagé sont effectuées des consultations itinérantes sur 13 communes, dont le planning est géré par le service de PMI. Le public est rattaché au CMS en fonction de sa commune de résidence.

2.6.2- les réseaux externes

Toutes les maternités du département possèdent un Staff vulnérabilités. On notera aussi l'existence d'un travail en réseau des 13 PMI au sein du « Réseau Périnatal Occitanie » qui organise notamment des « journées scientifiques » tous les ans.

2.6.3- L'Offre de soins

La densité médicale (en nombre pour 100 000 hbts) est supérieure à la moyenne nationale : médecins généraliste 113 (France 106), mais avec une répartition très inégale avec une surmédicalisation de la frange littorale. De même pour les sages-femmes (248 vs 146). 1/3 du corps médical a plus de 55 ans. Il y a seulement 10 pédiatres et 16 gynécologues, qui sont installés dans les villes audoises. Un tiers des habitants de la région Occitanie réside dans une commune où exerce un gynécologue et pour 64% d'entre eux, ils peuvent consulter un pédiatre à un quart d'heure de voiture (mais encore faut-il avoir les moyens de se déplacer)(36,37). La prévention représente environ un quart de l'activité des professionnels de santé(38), ce qui correspond à 15 milliards d'euros des dépenses de santé françaises (Drees 2016).
Les indicateurs d'effectifs du personnel de la DREES pour la PMI sont indiqués dans l'Annexe 3, tableau 3. Le personnel est plutôt conséquent aux regards d'autres départements. On compte 1 médecin de PMI dans chaque CMS alors que certains départements n'en n'ont aucun.

2.7- La situation audoise[15]

L'Aude compte **368 025** habitants avec 51,9 % de femmes (45,9% ont 0-44 ans) et une densité de 59 hab./km² (France 117hab./km²). Il y avait 74 383 mineurs en 2017 (20,35 %) (39). Les grandes villes regroupent 61,6 % de la population. Les aires urbaines principales

[15] Dernières données officielles

sont **Carcassonne** (98 241 habitants) et **Narbonne** (92 189 habitants), suivis de **Limoux** (13 023 habitants), **Castelnaudary** (12 328 habitants) et **Lézignan-Corbières** (11 248 habitants)(40). Les deux agglomérations principales Narbonne et Carcassonne (48% de la population), font parties des 20 zones urbaines les plus pauvres de France, avec 53 % des plus pauvres qui vivent dans les centres villes (41).(36)(41). **26 069** audois vivent dans un des 9 quartiers prioritaires (selon INSEE 2013) (Annexe 5, p.54) (42–45) (46).

2.7.1- Déterminants socio-économiques[16]

La population audoise est composée de 33,1% de retraités et 16,5% d'employés (dont 74% de femmes). Le taux d'inactifs est important avec un taux de chômage supérieur à la moyenne nationale (14,2% contre 10% Fr. métro.). On compte 11,2% de bénéficiaires du RSA (France 7%). Le département possède 48,2% de couples sans enfant, 35,9% avec enfants et 15,9% de familles monoparentales(39).

Le territoire est très marqué par une pauvreté monétaire supérieure à la moyenne nationale avec un « taux de pauvreté à 60% »[17] de 21,1 % (vs 14,69 %). Il se classe au 7ème rang des départements sur le critère du revenu médian le plus bas (17 231 € contre 19 786 € France métro.). La pauvreté monétaire touche particulièrement les personnes seules, les jeunes et les familles monoparentales (40% vivent sous le seuil de pauvreté[18]) ainsi que les familles nombreuses. L'indicateur synthétique de pauvreté-précarité de l'INSEE[19] confirme cet état(47) (48,49).

Cette pauvreté *« reflète différentes facettes de difficultés matérielles et sociales »*(47). La part de familles monoparentales est de 47 % en moyenne dans l'Aude (Occitanie 36 %)(47). 28,3 % des enfants mineurs vivent avec un seul parent au domicile[20] (dont 82 % avec leur mère). 21 % des enfants de moins de 3 ans sont concernés, ainsi que 21,2 % des 3-5 ans(48). **Plus de la moitié des enfants de moins de 6 ans dans ces communes vivent dans des familles à bas revenus** et souvent dans un habitat ancien (construction antérieure à 1945)(47).

2.7.2- Milieux de vie

19 420 logements audois sont considérés comme appartenant au Parc Principal Privé Potentiellement Indigne (PPPI)[21](50) Cela représente 14,3 % du parc des résidences principales privées, dont 48 % en zone rurale étaient classés comme PPPI dans l'Aude d'après le dernier Atlas du département mis en ligne en 2017 par la préfecture de l'Aude, soit 12 360 de logements très dégrédés de catégorie 6 et 7 060 de catégories 7 et 8(51,52). **2 930** logements (15 % du PPPI total) appartiennent au « *noyau dur* », c'est-à-dire à des ménages dont le revenu est inférieur à 70 % du seuil de pauvreté. Les enfants de 0-6 ans sont particulièrement affectés par la qualité de leur habitat quotidien. C'est un facteur

[16] Issues des données INSEE de 2015(36).

[17] **Le seuil de pauvreté** est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de la population. En France, comme dans l'ensemble de l'UE, il est fixé à 60% du niveau de vie médian national. Ainsi, en 2011 le seuil de pauvreté est de **977 euros** par mois pour une personne seule(47).

[18] C'est-à-dire moins de 990€ en 2012

[19] **Intègre** : la part des foyers fiscaux non imposables, le taux de ménages dont les prestations sociales constituent au moins 75% des revenus, la part d'allocataires à bas revenus parmi les moins de 65 ans, la part de chômeurs par l'ensemble des actifs, la part des personnes vivant seules.

[20] Un mineur vivant avec un seul parent au domicile et ou un enfant en famille recomposée (enfant d'un des conjoints) ou en famille monoparentale.

[21] **Indicateur composite renseignant sur la qualité globale des logements** : croise la catégorie cadastrale des logements (qui n'est pas actualisée depuis les années 1970), avec le revenu des occupants. Ceci donne des catégories cadastrales existantes vont de 1 à 8. Le PPPI n'utilise que les catégories 6 (ordinaire), 7 (médiocre) ou 8 (très médiocre) pour son calcul.

impactant directement la qualité des besoins de l'enfant et aussi un motif pour déclencher un dépistage de la plombémie chez la mère comme pour l'enfant.

2.7.3- Déterminants individuels

Le taux de natalité est de 10 ‰ (France XX) et le taux de mortalité de 11,2 ‰ (France XX). Le taux de mortalité prématurée[22] de 281,0 pour 100 000 hab. est significativement plus élevé que la moyenne nationale (France 257,5)(53). Toutefois, la situation sanitaire se porterait mieux qu'au niveau national concernant la non-consommation de soins des plus de 16 ans de 6,7% (France 8,1%). 17,5% des audois affiliés au régime général n'ont pas de complémentaire santé contre 18,9% au niveau national mais cela ne protège pas complètement du non recours aux soins. Le manque de connaissances sur les aides auxquelles on a droit, ne pas savoir vers qui se tourner est fréquent dans ce processus de renoncement(36).

On sait par l'Observatoire Des Non-Recours aux droits et services[23] (ODEMORE) que dans l'Aude ce sont les femmes qui sont plus touchées (59,3% dont 39,7% des 40-59 ans). Le fait d'être une femme, de vivre seule ou seule avec des enfants à charge est associé à ce renoncement. La précarité financière et l'occupation d'emplois précaires, l'absence de complémentaire santé sont surreprésentés parmi les renonçants. On retrouve comme déterminants au renoncement des événements de vie tels que : l'apparition d'une maladie handicapante, une rupture ou accident de la vie (séparation, chômage, faillite, décès, …), le passage à la retraite. Il n'est pas exceptionnel de voir un cumul des facteurs. Parfois on retrouve aussi une forme de comportementale « *intégrée* » de la part des personnes ayant toujours vécues dans la précarité(36).

36,4% des femmes de 20-64 ans en France (région occitanie 44,3%), n'avait pas consulté de gynécologue depuis 2 ans (2013-2014). Le renoncement aux soins gynécologiques est très souvent installé dans la durée car ces soins sont considérés comme moins prioritaires. Les conséquences du renoncement sont la peur pour la femme de ne pas connaitre la raison d'un trouble gynécologique (ex. kyste), le recours à l'automédication et aux médecines parallèles(36).

Nous avons pu appréhender, à travers ces différents éléments, le contexte de la PMI. Plusieurs niveaux de complexité sont immédiatement apparus : le caractère transversal, le champ d'action préventif, l'absence de référentiel officiel, un champ d'activité large et varié mais non exclusif à la structure, des disparités à tous les niveaux, une certaine prédominance à accueillir un public à problèmes multiples et la présence d'une équipe pluridisciplinaire avec chacun son champ de compétences propre. A ceci, s'ajoutent d'autres dimensions comme la volonté politique et certaines valeurs socioculturelles propre à la France, confronté à la difficulté qu'ont les institutions à se réformer en raison d'archaïsmes sociétaux.

3. Objectifs

Les objectifs généraux du projet du service ont été déterminés avec la cheffe du service PMI et son adjointe lors de l'arrivée en stage : Le service PMI souhaite faire l'évaluation qualitative des interventions qu'il mène sur son territoire. Au regard de la complexité du

[22] « *Taux standardisés sur la population de la France entière au RP 2006, en moyennes triennales pour 100 000 habitants* »

[23] ODEMORE a réalisé une enquête quantitative et qualitative dans le département de l'Aude en 2016 sur les causes du renoncement aux soins. L'enquête a d'ailleurs était réalisé à l'identique dans plusieurs département français(36).

contexte, il s'agit de procéder à des « comparaisons internes » au département et au public que la structure reçoit.
Ceci implique de définir les critères qualitatifs pour établir ce que l'on juge être efficace en termes de résultats et de processus, en l'absence d'un référentiel déclaré. Aussi, il a été défini qu'il était nécessaire de poser les cadres de références sur lesquels pourrait s'appuyer ensuite le déploiement de toute intervention pour mener à bien les missions de la PMI. Au final, il sera possible d'estimer si le service rendu aux usagers est satisfaisant.
Aussi, la nature de l'évaluation recherchée a, à la fois, une **dimension normative** parce que l'on veut formuler un jugement sur la qualité des interventions menées dans le département ; et une **dimension instrumentale et utilitaire** car on veut se référer à des recommandations existantes, même en l'absence d'un référentiel officiel, pour élaborer les outils évaluatifs.

Au terme de son projet, le service souhaite spécifiquement :

- Mesurer périodiquement l'impact et la qualité des interventions PMI sur la population cible en termes d'objectifs de santé publique et d'objectifs d'intervention.
- Se référer à des recommandations pertinentes les plus pragmatiques possibles en lien avec les documents officiels existants. « Nous voulons *des outils, des critères qualitatifs* ».

La PMI souhaite aussi, de façon opérationnelle, pratiquer des évaluations intermédiaires formatives des interventions avec ajustement pour 'améliorer les résultats escomptés :

- Générer une dynamique évaluative :
  - Mettre en place un suivi épidémiologique longitudinal dans le département, pour les 5 indicateurs imposés par l'article L2112-2 du CSP.
  - Produire un rapport annuel épidémiologique : base de réflexion pour les acteurs et partenaires,
  - Produire un rapport présentant les interventions individuelles et collectives correspondantes aux missions de PMI
- Optimiser les pratiques professionnelles et faciliter la communication interne :
  - Permettre aux acteurs de développer sur le terrain des interventions individuelles et collectives qui soient en référence systématique à au moins une mission officielle de la PMI et qui correspondent aux indicateurs de suivi précis,
  - Permettre aux acteurs de diversifier les interventions proposées au regard des déterminants de santé visés
  - Faciliter la communication entre les CMS par l'utilisation d'un référentiel commun,
  - Redonner, au travers de ce document une forme d'identité aux acteurs par la compréhension de son appartenance à l'organisation transversale,
- Optimiser la communication externe :
  - Faciliter la communication en externe et notamment avec les potentiels partenaires intéressés par les activités de la PMI.
  - Rendre possible la passation de contrats financés entre l'état et le département
    - Au terme du stage, sera présenté le fruit des différentes recherches réunissant toutes les recommandations exploitables trouvées, pour établir les critères qualitatifs pour les interventions de la PMI. Il sera présenté les résultats des recherches de recommandations, puis proposé des supports les intégrant au sein de modèles théoriques connus en santé publique et adaptée à la PMI. Les outils existants utiles à la suite du programme seront relevés.

4. Méthode

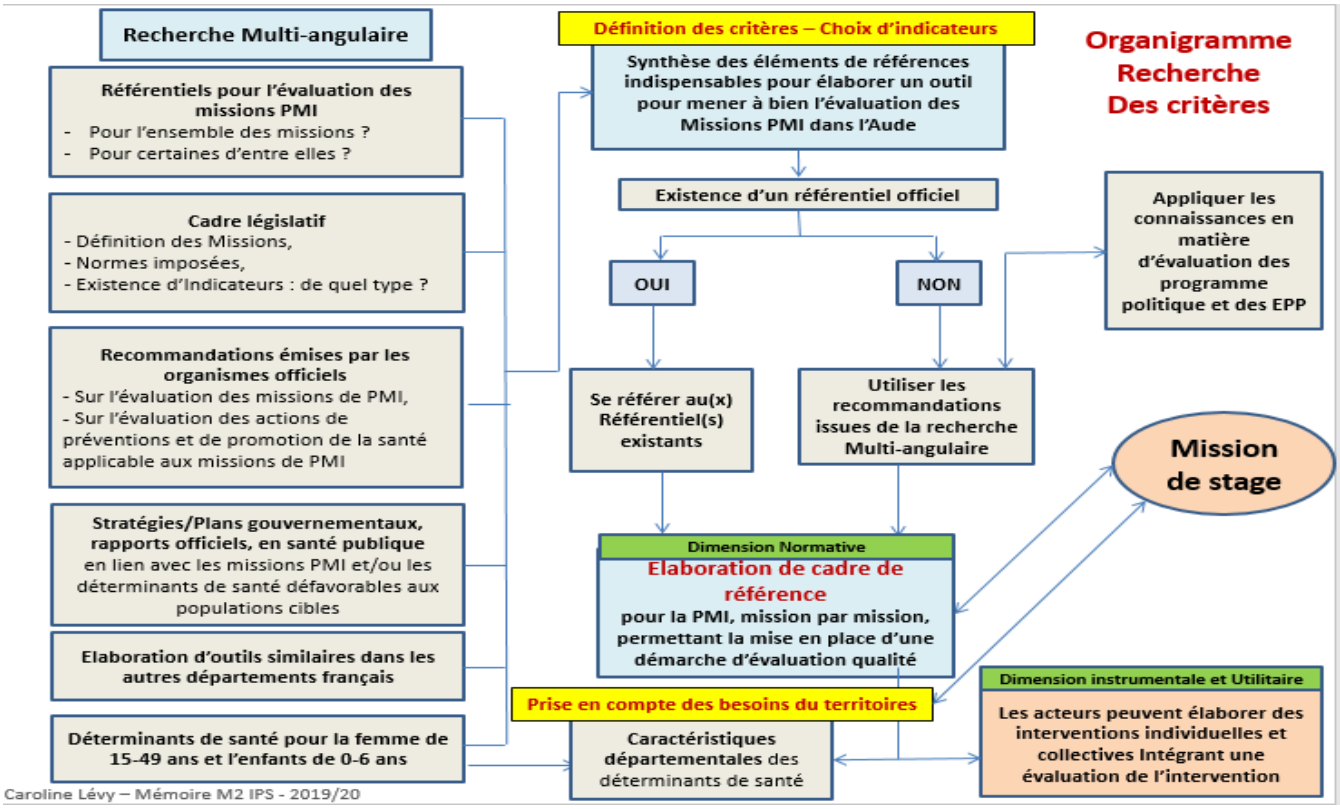
Nous sommes en amont de la réalisation des évaluations. Aussi la mission du stage est de réaliser l'**étape 1**, celle de la « *préparation des travaux* » (voir Annexe 1, tableau 1, p.50) (54). Ceci comprend le choix d'un cadre référentiel, de critères qualitatifs permettant de déduire les indicateurs. Les acteurs de la PMI devront s'interroger sur les références internes[24] en équipe, sur les critères à privilégier pour évaluer les objectifs et les processus des interventions et leurs résultats(54)).

Ce travail est circonscrit aux missions en lien avec la **médecine préventive** selon la demande de la structure, avec une prise en compte des déterminants de santé. Aussi, ont été exclues les missions relatives à l'agrément des assistants maternels (AM) et familiaux (AF), le contrôle et la surveillance des établissements et services d'accueils des enfants (cf. crèches…). Il est d'ailleurs en projet de transférer ces missions aux CAF pour recentrer les missions de PMI sur les missions de prévention. Les missions exécutées pas les acteurs du social ne seront pas détaillés.

Ainsi les moyens pour y parvenir ont été définis par la construction présentée en figures 3 et 4. Ces deux figures sont le fruit d'une réflexion permettant d'atteindre les objectifs évaluatifs.

4.1- Elaboration d'un organigramme

Nous avons élaboré un organigramme permettant de visualiser les différentes sources d'informations à explorer. Il s'agit de recueillir les critères pertinents pour évaluer les interventions en PMI. On pourrait dire qu'il s'agit d'une recherche « multi-angulaire », c'est-à-dire que nous avons dans plusieurs sources pouvant contenir des recommandations intéressants les missions de la PMI. Cela permettra également de confirmer l'absence de référentiel officiel. Dans ce cas, se posera la question des éléments obligatoires à retenir pour élaborer les outils au service de l'évaluation des missions de PMI. Cela permet aussi de voir de quelle manière la PMI pourrait exploiter les résultats.



[24] « *Attentes des usagers* », appréciation des résultats antérieurs, « *niveau espéré*… » …

Figure 3 : Organigramme montrant comment sont extraits les critères évaluatifs pour les missions de la PMI

4.2-Moyens mis en place

Pour parvenir à nos fins, une recherche littéraire et une demande auprès des autres départements français a été effectuées. La méthode comporte plusieurs volets comme suit :

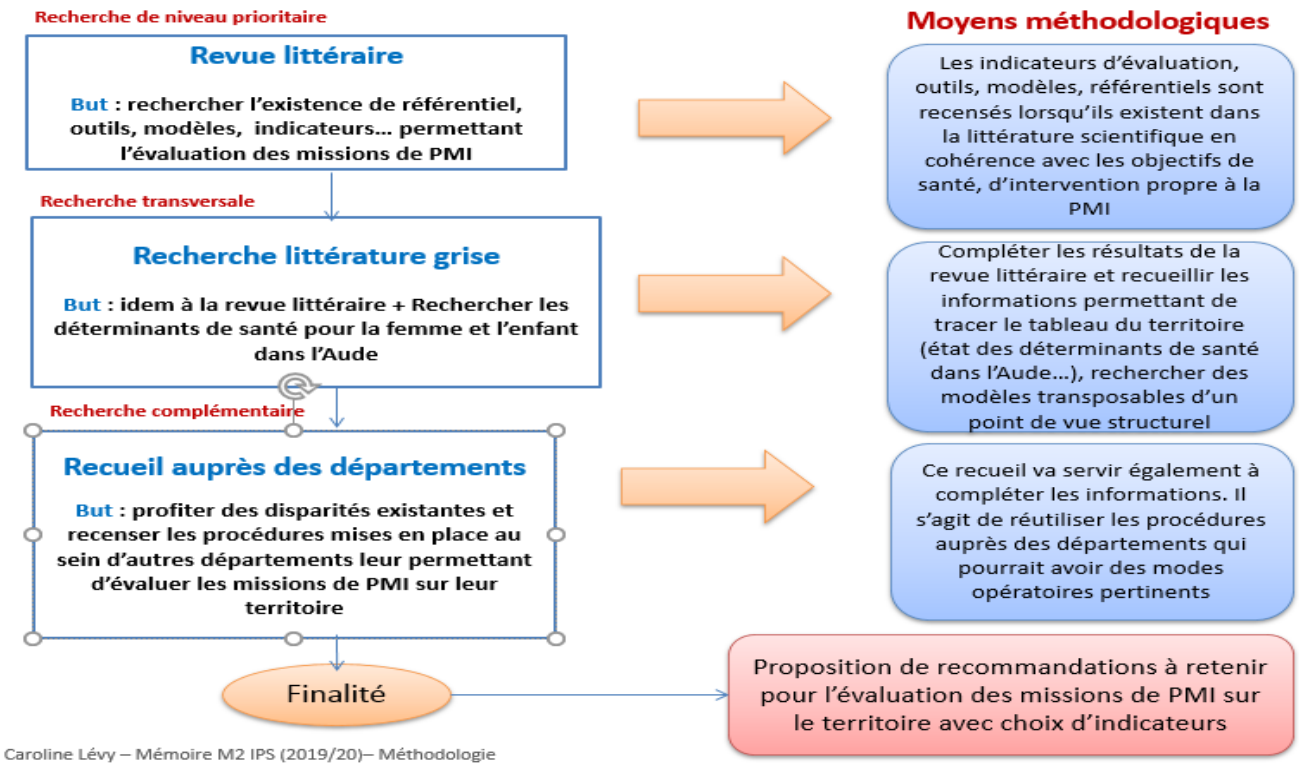


Figure 4 – Moyens mis en place pour la recherche des critères évatuatifs pour les missions de la PMI

4.2.1-Revue littéraire

Objectif : la revue littéraire doit permettre de trouver tous documents référentiels, sur l'évaluation des missions PMI en France. Il pourra s'agir d'évaluation complète ou partielle des missions.

Cible : évaluation pour la PMI, les CMS, toutes structures intégrant la PMI et/ou les activités médico-sociales pour le public-cible partout en France

Choix des moteurs de recherche : Une sélection a été faite en fonction des abonnements de l'Université de Lorraine. Ont été retenu les quatre méta-moteurs suivant :

- Web of Science (WoS) : Base de données bibliographiques pluridisciplinaire. Références depuis 1950 (plus de 61 millions de références),
- Science directe : Accès à la collection Freedom : environ 1 700 titres parmi lesquels le *Lancet, Food Chemistry, Tetrahedron Letters*... édités par Elsevier.
- Cochrane : Base de données spécialisée en médecine factuelle ou médecine fondées sur les preuves ou les faits (Evidence-Based Medicine).
- Bouquet paramédical sur EM premium : 47 traités de l'*Encyclopédie médico-chirurgicale (EMC)* dont les traités *Biologie clinique* et *Savoirs et soins infirmiers*, ainsi que des revues médicales et paramédicales françaises d'Elsevier.

- BASE : c'est l'un des moteurs de recherche les plus puissants au monde. Il moissonne une très grande quantité de bases de données académiques en libre accès. BASE est géré par la Bibliothèque de l'Université de Bielefeld.

Une recherche sur les travaux existants au sein de l'Université de Lorraine, publié dans la bibliothèque universitaire a été également faite. Le travail portant sur l'élaboration des équations de recherche à partir des MeSH terms est présenté dans l'annexe 6 (p.55), ainsi que les équations finales et les filtres employés pour chacun des moteurs.

Critères de sélection

1. Tous les écrits : rédigés en français ou en anglais.
2. À partir de 2000,
3. Les documents qui concernent la PMI en France. Les écrits produits en dehors du territoire français pourront être retenus à condition qu'ils présentent des modèles ou critères d'évaluation pertinents ou transposables d'un point de vue structurel. Cependant, il faudra que le pays appartienne à l'OCDE afin que les enjeux de santé publique ne soient pas trop éloignés.
4. Tous les articles en lien avec l'objectif :
   - Études scientifiques,
   - Retour d'expériences à l'échelle locale ou national
   - « Overviews » (ou table ronde) à conditions que cela ne soit pas trop général,
   - Revues littéraires, diagnostics, rapports, bilans
   - Thèses dans le domaine de la santé (médecine, santé publique …), des sciences sociales ou d'histoire de la santé,
   - Guides, outils, référentiels,
   - Rapports d'Evaluation des Pratiques Professionnelles, audit, consensus d'experts…
5. La recherche pourra être étendue à tous les articles sur l'évaluation des structures accueillant les enfants (ex. CMP). Ils seront examinés en raison de leur similitude structurelle, c'est-à-dire une organisation pluridisciplinaire intégrant les différentes composantes de la santé et les déterminants de santé. Cela laisse entendre des similitudes pour certains critères d'évaluation.
6. Que les documents soient accessibles via les abonnements de la Bibliothèque Universitaire de l'Université de Lorraine ou d'accès gratuit.

Critères d'élimination

- Les documents qui ne rentrent pas dans les critères de sélection :
  - Les évictions se feront selon l'ordre des critères de sélection de 1 à 6 décrits ci-dessous. Cela veut dire que s'il y a plusieurs critères d'élimination, il sera tenu compte du 1er selon l'ordre de sélection.
  - Le diagramme de flux suit la même règle.

Procédure

1. Elaboration après réalisation de tests des équations de recherche pour chaque moteur (cela inclus de nombreux tests de « récolte » d'articles)
2. Téléchargement de l'ensemble des articles existants sur les bases de données retenues
3. Première suppression des doublons repérés par le logiciel.
4. **1er tri** : élimination des articles sur la base du titre et du résumé du document (cf. critères d'élimination)
5. **2nd tri** : élimination des articles après lecture intégrale
6. Présentation des résultats :

- Diagramme de flux,

- Les articles retenus seront résumés dans **un premier tableau** comportant 8 colonnes. Ce tableau de sera pas présenté dans le mémoire, mais remis au service de PMI :

Tableau 0 : Résumés des 51 articles de la revue littéraire

Auteur(s), année de publication	Population cible/ Sujet	Type d'étude/ Document	Lieu	Intervention(s) de PMI concernées par l'étude (lien d'intérêt)	Objectif(s)	Méthode(s)	Résultats principaux, recommandations (proposées par l'auteur)

- Un **second tableau** fera la synthèse des documents classés par niveau de preuve. Il sera retenu 4 critères pour faciliter l'exploitation des recommandations des auteurs (annexe 8-Tableau 6, p. 63) :

Tableau 5- Principales recommandations émises par les auteurs des 51 articles de la revue littéraire selon le type de document

Type d'étude/Document	Auteur(s), année de publication	Court descriptif de l'objectif	Recommandations

- **3ème opération** : Les recommandations récurrentes seront présentées sous forme d'une synthèse.

7. Discussion : cette partie sera traitée dans la partie discussion du mémoire

Outil : utilisation du logiciel Zotéro et de PowerPoint.

4.2.2-Recherche en littérature grise

Il s'est agi de rechercher les documents non référencés sur les bases de données scientifiques, en espérant y trouver des standards et recommandations existantes auprès des organismes de références. L'identification de cette littérature a été faite sur la base des connaissances en santé publique. Nous avons donc :

- Un objectif de recherche identique à la revue littéraire : trouver sur le Web les documents non référencés sur les moteurs de publications scientifiques en complément.
- Une recherche de documents référentiels transposables en PMI (tout ou partie) : Thématique outils, référentiel EPP, référentiel PMI, données statistiques, sur sites web ciblées : ANAP, IREPS, DREES, HCSP, HAS, INSEE, InVS, Inserm, Santé publique France, différents observatoires nationaux, Direction générale de la santé, Direction générale de l'offre de soins…

4.2.3-Demandes auprès des autres PMI françaises

On veut profiter de l'existence de disparités d'une région à l'autre afin de trouver d'éventuels travaux similaires : Une demande par e-mail a été envoyée le 21 mars 2019 à l'ensemble des médecins-chefs responsables de PMI dans les 101 départements français, afin de prendre connaissance de travaux potentiels portant sur l'évaluation des missions au sein d'autres départements (cf. copie annexe 6). Le listing des emails était accessible dans le service PMI de l'Aude.

5. Résultats

5.1-Revue littéraire

Le tri des articles a été réalisé selon le plan méthodologique prévu. 1 708 articles ont été récoltés dans Zotéro grâce aux équations de recherche. Il y avait 396 doublons (23,2 %). Sur les 1 312 articles restants, 51 articles ont été retenus en lecture complète. Il n'a pas été retrouvé de référentiel officiel pour l'évaluation de l'ensemble des missions de PMI.

5.1.1-Description des articles de la revue

Les références étaient assez hétérogènes. Certains articles concernaient des interventions menées par d'autres structures que la PMI, mais qui restaient communes avec

elle. Seuls 2 articles ne concernaient pas le territoire français : une étude transversale suisse portant sur l'évaluation des encouragements à l'allaitement selon l'outil « *Comprehensive Support Care* » (CSC)(54) et une étude qualitative sur l'adaptation de l'outil de prise en charge français « *Reflex-ISS* » au Québec(56).

Les 51 articles ont été résumés dans le premier tableau et tous les schémas d'étude sont repris **tels qu'ils sont nommés par les auteurs eux-mêmes**.

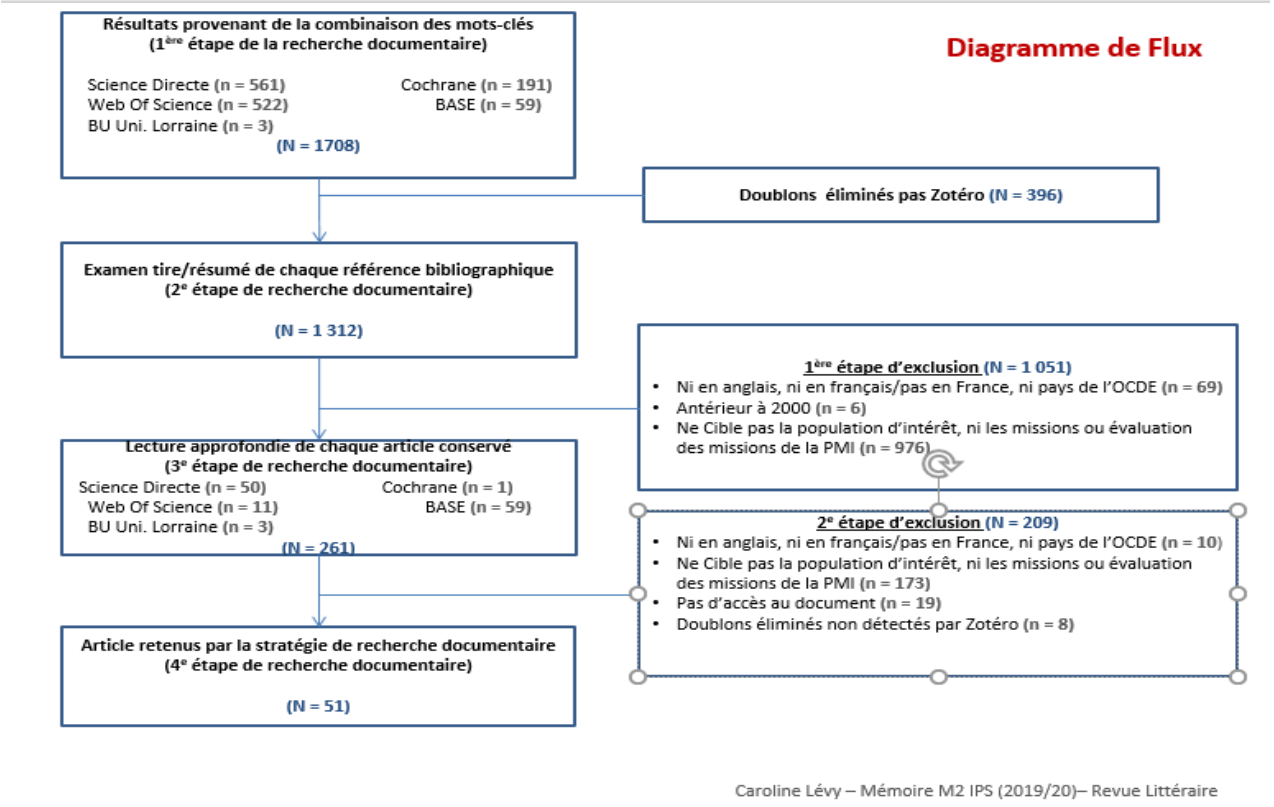


Figure 4 - Diagramme de FLUX pour la revue littéraire

Le second tableau de synthèse (annexe 8-Tableau 5, p. 63) montre la répartition suivante :

2 recommandations pour la pratique clinique de l'HAS de 2005 issues de consensus d'experts. La PMI de l'Aude utilise déjà ces 2 supports :

- « *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)* »(57)
- « *Comment mieux informer les femmes enceintes ?* »(58).

1 Recommandation de Bonnes Pratique (RBP) qui réactualise les recommandations du HCSP de 2004 « *la sortie précoce après l'accouchement* » (doc inaccessible sur le site de HCSP)(59).

1 Dossier de pratique avancée à l'adresse de infirmière puéricultrice pour une optimisation des consultations infantiles(60).

29 articles ont pu être classés par type d'étude selon le niveau de preuve :

- **1** étude cas/témoins(61),
- **6** études de cohorte rétrospective(dont 1 thèse de médecine)(62–67) et **1** prospective(68),
- **9** études transversales(55,69–76) et **2** longitudinales(77,78),
- **9** études qualitatives (dont 2 thèses de médecine et 1 mémoire fin d'étude sage-femme)(56,79–86) et **1** enquêtes de satisfaction(87),

19 autres documents étaient constitués de :

- **1** méthode d'évaluation d'un programme politique de santé publique(88),
- **1** diagnostic de situation(89),
- **2** élaboration/test d'un outil de repérage des ISS(90,91),
- **1** revue littéraire(92) faisant état de la corrélation entre précarité et augmentation des pathologies périnatales,
- **5** tables rondes(93–97),
- **2** réflexions collectives(98,99) et **5** réflexions individuelles(100–104) (avis d'un seul auteur),
- **2** communiqués de presse(105,106) qui présentaient des synthèses de travaux d'intérêt.

Un troisième tri a consisté à repérer les **thématiques récurrentes** parmi les recommandations. Il a été pris comme base que n'importe quelle intervention de la PMI visait obligatoirement à améliorer l'état de santé selon la définition connue de l'OMS, en agissant préventivement sur l'un des déterminants de santé. Aussi, nous donnons aux recommandations récurrences une valeur de critères qualitatifs, et proposons de les classer selon le déterminant de santé qu'elles concernent.

Il s'agit de se référer à un cadre conceptuel valide pour les mettre en relation avec les leviers des interventions, mais aussi de veiller au respect des recommandations du HCSP à ce sujet (cf. partie 5.2.3)(19). Cependant, il est à remarquer qu'aucun des auteurs ne propose cette approche dans la revue présente. Ils préfèrent utiliser d'autres expressions comme nous allons le voir.

5.1.2-synthèse des recommandations des auteurs

Les recommandations pour la prise en charge des déterminants environnementaux

On ne retrouve aucune référence à ce sujet.

Les recommandations pour la prise en charge des déterminants de santé socioéconomique

« *Vulnérabilité* »(67,69,79,80,93,100)(75),**« *précarité* »**(62,65,76,100)(63)(68),**« *ISS*[25] »** (56,71,74,76,84) : Ce sont les expressions employées par les auteurs. Ces mots peuvent s'accompagner d'adjectifs. Par exemple : « *grande* »(102), « *très grande* »(68), « *facteurs de* »(75), « *situation de* »(63), ou même « *profils* » (100), « *sociale* »(100).

Nous retrouverons aussi les expressions suivantes : « *Familles à problèmes multiples* » (100), « *familles en difficultés* »(68), « *différente de la population générale* »(67), « *difficultés* »(58,92) (en dissociation des « *problèmes cliniques* »), « *Situations à risque* »(66), « *Contexte* »(60) ou « *facteurs contextuels* »(60), « *Problèmes psychosociaux*[26] »(100), « *risque psychosocial* »(67), « *Facteurs socioéconomiques défavorables* »(63), « *gradient social* »(71),

Les avis s'accordent sur la nécessité de prendre en compte les conditions socio-économiques pour toute prise en charge de la (future) mère et de l'enfant quelle que soit la période périnatale (60,66,67,83,100,103), et le plus précocement étant le mieux(58,74,92,93). Ces derniers sont significatifs pour tous types d'anomalies confondues dépistées chez l'enfant (cf. ISS)(71,74). Pour reprendre l'expression de Mahieu-Caputo,

[25] Pour rappel : il s'agit des **Inégalité Sociale de Santé**. Parfois, nous verrons ISTS pour Inégalité Sociale et Territoriale de Santé

[26] Notons que psychosocial est employé plus volontiers pour désigner une compétence de l'individu à régler ses problèmes d'ordre social. Cela est donc plus en lien avec une compétence comportementale individuelle(107)

« *grossesse + précarité = urgence médicale* »(100), mais aussi rajoutons une urgence de dépistage précoce pour l'enfant.

Agir sur les vulnérabilités va même être considéré comme prioritaire pour espérer voir aboutir les recommandations succédant aux actions de dépistage, auprès des familles cumulant les difficultés socio-économiques et/ou psychosociales (100,103). A quoi bon faire du dépistage si les familles ne sont pas en mesures d'y donner suite ? (68,75,77–79,96,103). Cela serait aller à l'encontre des 10 critères pour décider de déployer tout programme de dépistage émis par Wilson et Junger (cf. OMS 1968), s'il ne s'en suivait pas « 3ème critère - *l'organisation du diagnostic et du traitement* » de l'affection repérée(99). Il y a « *trop de dysfonctionnements dans les prises en charge* » et « *d'inégalités d'accès et de qualité dans la dispense des soins* », comme le souligne le Pr Sommelet(80). Si la continuité des actions en faveur de l'obtention d'une couverture des frais médicaux reste constamment d'actualité, cela ne suffit pas à expliquer le manque d'adhésion de ces familles parfois constaté par les intervenants dans le secteur périnatal, pour tout type d'intervention. Les causes mal connues restent à étudier(69,78,96).

Aussi, les actions devraient être hiérarchisées en fonction des besoins prioritaires de la famille, fondamentalement, trouver à manger est plus urgent que se faire vacciner(77,80,100,102). On sait que les ISS et leurs effets sont visibles très tôt(72,74).

Les enfants, grands absents des interventions de dépistages, ceux qui passent à travers les mailles du filet, sont ceux qui naviguent bien souvent en dehors des réseaux habituels (cf. crèches, écoles…)(68,69). On les retrouve (ou pas) lors des BSEM avec une fréquence d'anomalies et de dysfonctionnements, ou un défaut de couverture vaccinale supérieure au reste de la population, alors qu'ils n'ont que 3 ans(67,69). Des reports de BSEM devraient être faits sur l'année civile pour rattraper les enfants non vus(69). Il faudrait également s'assurer d'un accompagnement social en PMI et aussi recontacter les familles pour s'assurer que les recommandations d'orientation ont été suivies(96).

Prise en charge de la mère et/ou de l'enfant « *vulnérables* » en « *difficultés* » : elle devrait être centrée sur les besoins individuels(60,66,100) et surtout pas sur l'organisation institutionnelle, si l'on veut garantir leur efficacité(57,58). Les études de satisfaction vont aussi dans ce sens. Les familles usagers de la PMI apprécient les interventions individuelles de toutes sortes(79,80,85), et cela serait significativement plus efficace que les actions collectives. D'ailleurs, les 2 guides du HAS le recommande vivement(57,58), ainsi que le dossier de pratique avancé sur les consultations puéricultrices(60). Cela ira de pair avec une relation soignant/soigné « *non-hiérarchique et collaborative* » pour l'élaboration des objectifs interventions et pour son évaluation(60). Au sein du réseau périnatal lui-même, la présence des familles et/ou des associations de représentants des familles est recommandée(81,87).

Les outils d'interventions : « *VAD* » …On notera que les VAD sont plus qu'une simple modalité d'exercice. Elles prennent tout leur sens comme *« l'outil-clé pour incarner l'universalisme proportionné pour réduire les ISS* »(84), et comme « *outil d'intervention précoce et de prévention* »(56,75,79,84,103). Restent qu'elles doivent être protocolisées, bien pensées et réalisées par des intervenants idéalement formés(56,75,103). Les constats montrent que les VAD restent efficaces notamment sur la diminution de la dépression post-partum, ainsi que sur la qualité de la relation mère-enfant, à condition que la famille ne soit pas en proie à un trop grand nombres de problèmes(56,79,84). Ceci reste vrai indépendamment du type de protocole dans lesquelles elles s'insèrent (cf. Panjo, NFP, CAPEDP…)(75). Bouhaman et al. plaideront cependant pour son utilisation systématique comme moyen d'atteindre les familles en très grande difficulté (cf. immigrés, sdf,…)(76).

Pour se départager, Sellenet nous rappellera utilement qu'il « *faut avoir une bonne raison pour pousser la porte du domicile* »(101) et d'autres soulignent que le motif principal d'une VAD doit obligatoirement être en relation avec la santé de la mère et/ou de l'enfant, et non reposer sur une « *cause sociale* »(75). Cela nuirait autrement à la relation de confiance familles/intervenants, préliminaire indispensable à toutes interventions de qualité.
Les parents vulnérables craignent trop souvent d'être jugés, voire d'être l'objet de signalement à l'ASE(67,104). La PMI souffrirait d'ailleurs de cette mauvaise presse auprès des plus vulnérables, ce qui les rendraient plus généralement réticents à donner des informations sur leur situation et à accepter les VAD(76,83). C'est au titre de la préservation de cette qualité relationnelle, que Cadart plaidera pour une non-implication des établissements d'accueil préscolaire comme lieu de repérage de vulnérabilités psychosociales(104). Le Foll parle de cette « *difficile alliance de travail* » vécue comme « *intrusive* », pouvant aller jusqu'à une relation de type « *insécure* » pour ce public(67,103). Tandis que certains soulignent que le mode d'accueil collectif chez les tous jeunes contribuerait à limiter justement l'impact des ISS(71).
« *Repérage* »(56,62,65–67,71,76,79,90,91,93,94,104) : En raison de cet incontournable prise en compte des déterminants socioéconomiques, plusieurs auteurs recommandent l'usage d'un « *outil de repérage* » commun à l'ensemble du personnel de la PMI (62,65), idéalement partagé dans un réseau périnatal(59,63). Plusieurs ont montré leur efficacité comme le score EPICE(62), reflex-ISS(56), REED(91)...etc. Tandis que d'autres, pensent qu'il vaudrait mieux optimiser les supports déjà existants (carnet de grossesse et de santé, CS8, CS9 et CS24)(70,96), étant donné qu'ils ne sont pas suffisamment exploités en tant qu'outils de prise en charge et de suivi épidémiologique(70,96). Les CS sont déjà conçus pour renseigner un certain nombre de données socioéconomiques sur les parents. De plus, les réseaux périnataux et établissements ayant fait l'effort de mettre au point une fiche de repérage servant aussi de fiche de liaison, constatent un défaut non-négligeable de remplissage par le personnel, parfois de l'ordre de 50 % (59,63). Si cette option est retenue, nous savons qu'elle est certes « *efficiente* », mais qu'elle doit être « *la plus simple possible* » et accompagnée d'une formation du personnelle à cette logique d'intervention intégrant la prise en compte de ses déterminants(56,64,91).
« *travail en réseau* » et « *coordination* » : quoi qu'il en soit, une prise en charge en réseau semble être retenue comme une nécessité pour le public précaire(57,59,63,66,75,77,84,86–88,90,92,93,100,102,105). Ceci implique justement la mise en place de moyens de communication entre les différentes instances sanitaires et sociales, voir pédopsychiatrique(81,90,97). Il y a nécessité à « *décloisonner* , *à coordonner* »(92,100,102). Ceci implique idéalement la présence de coordinateurs désignés(102), mais aussi une volonté de partager des outils communs (ex : PMI/CMS)(90). L'enjeu étant d'introduire et de « *maintenir à tous prix les familles vulnérables* »(100) dans un parcours de prise en charge. Ceci est d'ailleurs une vraie gageure de l'avis des auteurs lorsqu'il y a présence de plusieurs déterminants socioéconomiques défavorables. Tout sera bon pour « *uniformiser* » et permettre de « *dépister, prendre en charge et coordonner les soins ville/hôpital* » le plus précocement possible(105).
Ce travail en réseau devrait inclure tous les acteurs potentiels pouvant jouer un rôle dans la prise en charge de la femme et/ou son enfant et « *pour les enfants de l'ASE* »(86) : « *entre « intervenants* »(57), entre « *maternité ville ou PMI* »(59), « *coordonner les prises en charge avec les services médico-sociaux* »(66,102), créer des « *partenariats PMI/hôpitaux* »(102), entre « *PMI/psychiatrie périnatale* »(97). Il pourra aussi permettre de mieux cerner « *les critères de besoins* » de la population(89). D'ailleurs, cela répondrait à une attente de

contacts plus fréquents entre eux de la part des professionnels de santé (85). Ces derniers ayant tendance à « *orienter les femmes en difficulté sociale vers les PMI* »(83), par méconnaissance du champ de compétence plus vaste de la sage-femme de PMI, à cause du cloisonnement.

Les parents ont aussi des choses à nous apprendre pour améliorer la qualité des intervention en PMI, ce que l'on voit bien au travers de l'enquête menée auprès de mères par le Pr Sommelet(80). Il faudrait « *impliquer les parents* » dans les réseaux(86), « *inclure les familles dans les débats* » surtout lorsqu'il s'agit de « *la santé mentale qui représente un objet de conflits sociaux* »(81). L'exemple du « *réseau grandir ensemble* » nous le montre par une satisfaction de 90% de la part des parents participants(87).

On comprendra que « *signer des conventions locales entre institutions* » est fortement indiquée(59). Une ouverture en direction de l'ARS sera rendue possible grâce à la corrélation entre les actions de préventions en PMI est « *les 4 leviers de changements structurelles* » de la santé en région, notamment dans la contribution à « *éviter ou retarder l'utilisation des services « lourds » et couteux* » (de santé)(88).

Les recommandations pour la prise en charge des déterminants comportementaux

« La parentalité »[27] : ou capacité à jouer son rôle de parents. La qualité du lien d'attachement mère-enfant est un facteur de risque précurseur de dysfonctionnement, et les vulnérabilités « *fragilisent la confiance des parents à jouer leur rôle* »(67). Aussi, Danel nous rappellera l'importance du repérage des « *constructions parentales potentiellement fragiles* »(93). Le programme Panjo vise à prévenir une rupture relationnelle entre la mère et l'enfant notamment par un dispositif de soutien accru en VAD(108), mais également l'Entretien Prénatal Précoce (EPP)(73) et la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) sont des outils de prévention à ce niveau(57). Cette compétence parentale est l'objet d'une préoccupation transversale et un critère de repérage. Les secteurs de la pédopsychiatrie y sont particulièrement attentifs(97). Le journal de pédiatrie insiste sur la nécessité de « *mettre en place un soutien parental* » apportant satisfaction aux familles(105). Ici aussi, l'appartenance à un réseau est une aide appréciée par les parents selon les enquêtes de satisfaction(89), voir une nécessité(103). Battut préconise même dans ce sens la présence de « *staff parentalité* » au sein des maternités(102).

Les addictions : l'alcoolisme, le tabagisme, les troubles de l'alimentation ne sont pas abordés par les auteurs, ni les actions du planning familial. Mahieu-Caputo recommande de prendre en compte la présence de violences conjugales(100).

Gamet propose l'utilisation d'un outils de repérage pour « *l'évaluation de la situation psychoaffective des jeunes* », permettant la mise en place d'une prise en charge individuelle de l'éducation à la sexualité et à la vie affective(90). Une approche retenue comme efficace d'après les utilisateurs et originale compte-tenu du fait de son approche individuelle des adolescents.

Les recommandations pour la prise en charge des déterminants de santé individuels[28]

Consultations infantiles, BSEM : Au regard des activités de dépistages des anomalies, il serait nécessaire d' « *harmoniser et standardiser* » les tests(69,71,72,74,78,96). Il faudrait agir encore plus précocement dans les dépistages car « *les ISS apparaissent très tôt* »(74), notamment pour les tests oculaires à réaliser avant les 2 ans de l'enfant(72). Les « *tests d'auditions restent le plus délicat en fonction de l'âge de l'enfant* »(96). Là encore, les

[27] Les éducateurs en PMI accompagnent régulièrement des parents pour effectuer des démarches parentales, pour lesquels les parents se sentent en difficulté.

[28] Champs d'intervention médicale

disparités régionales sont importantes, notamment en ce qui concerne « *les anomalies du développement* »(99). Ici aussi, l'utilisation d'un outil de repérage de « *difficultés* » pourrait être discutée, en prenant soin à « *ne pas réduire une personne à des paramètres fragmentaires* »(94). Une « *bonne collaboration* » avec les médecins de l'éducation nationale serait profitable(96).
Les orientations suite aux dépistages d'anomalies devrait être l'objet d'un suivi, en particulier en recontactant les familles (par exemple à « *4 mois* »(77)) pour savoir si elles ont été suivi ou non, afin d'améliorer la compréhension du manque d'adhésion des familles (environs 25 % ni donnent pas suite(69,78)).
L'efficacité de la PMI est reconnue pour le maintien de la qualité de la couverture vaccinale. Bouhaman et al vont jusqu'à recommander aux services d'urgences d'adresser les enfants à la PMI pour une prise en charge hors situation de crise(76).
Consultations puéricultrices, Préparation à la naissance les Recommandations en Bonnes Pratiques (RBP)(59) et le modèle en Pratique Avancée en consultation puéricultrice(60) sont suffisamment bien élaborés et pragmatiques pour développer les interventions dans ce domaine. Pour la Préparation à la naissance le guide de la HAS(57) pourra servir de référence. Nous rappellerons ici qu'il est question de mener des « *démarches individuelles*, *adaptée aux besoins de chaque femme ou couple* », et que ce sont des interventions qui se planifient sur un modèle participatif. On y retrouve la nécessité de « *coordination* », « *d'implication des parents* » aux interventions(57).
Consultations prénatales et postnatales les acteurs se réfèreront aux 2 guides de recommandations de la HAS(57,58) pour le détail des consultations médicales selon le stade de la grossesse et le développement de l'enfant.

5.2-Informations et recommandations retrouvés en littérature grise

Un certain nombre de documents ont été trouvé grâce à des recherches internet concernant la PMI directement ou indirectement. Cela a permis d'alimenter la partie contexte, mais aussi d'influencer la façon de concevoir l'approche évaluative de la PMI. L'ensemble a permis de préciser :

- Le cadre législatif des missions PMI,
- L'historique de cette institution,
- Sa position au sein du paysage français et ses liens avec les stratégies nationales,
- La nature des liens avec les stratégies nationales sous formes de : Normes, indicateurs de suivi… etc.
- Quelques recommandations émanant d'organismes d'états tels que HCSP, HAS, … dans le domaine de prévention et de la promotion de la santé,

Parmi ces dernières, nous allons examiner et puis retenir les éléments suivants, selon l'objectif méthodologique proposé (cf. Figure 2, page 16).

5.2.1-Les indicateurs de suivi de la Stratégie Nationale de Santé 2018/22 (SNS 18-22)(4)

La SNS 18-22 prévoit plusieurs axes stratégiques intéressant la PMI. Afin d'évaluer ce plan quinquennal, le HCSP a retenu 20 indicateurs pour le suivi de cette stratégie qui vise à améliorer la santé des français. Ils ont été retenus pour leur pertinence parmi ceux accessibles dans les différentes bases de données des systèmes de santé(109).Les deux indicateurs de résultats phare de ce plan sont l'espérance de vie en bonne santé et la mortalité prématurée évitable. Il existe une disparité reconnue au sein du SNS 18-22 pour ces deux indicateurs en tant que ISTS en France.

Pour les activités de PMI, ce sont nos deux indicateurs de résultats à long termes, même si la part attribuable à la PMI semble complexe à estimer actuellement. Ceci justifie des pratiques des mesures de l'impact des interventions ex-post comme le souligne la stratégie mais aussi Michaud et al. Sur la nécessité de mesurer l'impact d'un programme (cf. Annexe 8- Tableau 5(88)).

5.2.2-Les recommandations d'atteinte d'objectifs des autres plans gouvernementaux[29]

La SNPPE 20-22(3) propose des recommandations dans le cadre du « *Pacte pour l'enfance* »(110). C'est un document transversal et il intéresse la PMI au regard de sa population d'accueil. En particulier dans le cadre de l'***Engagement 1*** *: « Agir le plus précocement possible pour répondre aux besoins des enfants et de leurs familles* » :

- Rendre obligatoire l'Entretien Prénatal Précoce (EPP[30]) : Cela sera le cas dès mai 2020, Atteindre un taux de couverture de 20% par les PMI des besoins en termes d'EPP à l'horizon 2022.
- Réaliser 100% des Bilans de Santé en Maternelle des Enfants de 3-4 ans (BSEM) : Objectif atteints d'ici 2022, 100% des BSEM réalisé par un médecin, Définir un référentiel national unique sur la conduite à tenir des BSEM (contenu et outils de dépistage), Sensibilisation des équipes des PMI aux repérages des signes d'alertes.
- Doubler le nombre de VAD pré et postnatales et renforces les consultations infantiles pour les 0-6 ans : Doubler le nombre de VAD prénatales par les sages-femmes de PMI ainsi qu'en postnatal immédiat, Renforcer la possibilité de soutien à domicile par des interventions de TISF sur la période périnatale, Développer les consultations infantiles de 0-6 ans.

L'Aude répond convenablement à l'objectif de couverture des BSEM. On peut remarquer que certains objectifs sont difficiles à tenir à cause de la non prise en compte de certaines contraintes. Par exemple, concernant les VAD, le personnel de la PMI de l'Aude reconnait que ce n'est pas sans difficultés que l'on se rend à domicile. Les familles expriment leur refus ou évoquent le double emploi avec un suivi effectué par un autre professionnel assermenté.

5.2.3-Les recommandations d'indicateurs du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP)

Le Haut Conseil de la Santé publique (HCSP) émet en juillet 2018 un avis sur « *la place des offreurs de soins dans la prévention* »(19). D'une part, il préconise comme priorité l'approche par déterminants et le développement d'une prévention à tous les stades de la vie. Il recommande également d'« *évaluer les impacts des approches territorialisées des parcours de santé sur la santé de la population*, *notamment en termes d'inégalités sociales et territoriales* ». D'autre part, il retient 6 principes de recommandations, afin de « *structurer les pratiques préventives, améliorer leur qualité et leur pertinence, en articulation avec le secteur non soignant* »(19).

1. « *Définir toutes missions de la prévention* » selon les principes de R1 à R8

R1- « *Prévention systématisée et personnalisée* »,
R2- « *Orientation/adressage* »,
R3- « *Relais des campagnes nationales* »,
R4- « *Promotion de santé en interne* »,
R5- « *Production d'indicateurs* »,
R6- « *Recherche interventionnelle* »,
R7- « *Repérage/signalement* »,
R8- « *Politique partenariale et intersectorielle* ».

[29] On voit l'influence du rapport Peyron sur la formulation des objectifs à tenir

[30] L'EPP est un entretien individuel ou en couple durant le 1er trimestre de grossesse d'une durée de 3/4h à 1h. Il est actuellement optionnel, bien que pris en charge à 100% par la sécurité sociale. L'objectif est de détecter le plus précocement possible les facteurs de risque et les déterminants de santé défavorable. L'efficacité a été démontrée par le dispositif Promotion de la santé et de l'µAttachement des Nouveau-nés et de leur Jeunes parents (PANJO).

2. Des moyens pour une meilleure connaissance et reconnaissance des acteurs et structures,
3. Une formation des professionnels et des aidants,
4. La recherche,
5. L'organisation territoriale des missions de prévention et promotion de la santé,
6. La mise en place au sein des territoires, de comités de coordination territoriaux de santé intégrants les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT),

Le HCSP recommande également de faire une distinction entre les Pratiques Médicales (PM) et les Pratiques Cliniques Préventives (PCP)(19). Les PMI sont chargées de mener des missions qui relèvent parfois des PM et parfois des PCP.

- Les PM sont réalisées par le médecin ou par la sage-femme (cf. actions sur les déterminants de santé individuelles et comportementaux), ainsi que les interventions paramédicales. Ce sont les activités de médicine préventive de types essentiellement primaire et secondaire.
- Les PCP mobilisent « *tous les professionnels se coordonnant autour de la santé du patient* » pour « *favoriser la santé et prévenir les maladies, les blessures et les problèmes sociaux* »(19). Cela concerne toutes les mesures visant à améliorer les déterminants de santé comportementaux, sociaux et environnementaux.

5.2.4- Le « projet de santé publique PMI 2019-2021 » de Seine-Saint-Denis(9)

Ce département n'a pas répondu à notre demande par courriel, alors qu'un travail conséquent a été réalisé en matière d'évaluation des interventions de PMI dans leur département. La réalisation de leur projet s'est faite sur le modèle d'un travail collaboratif des responsables de PMI, du diagnostic de situation, à l'élaboration des interventions et de leurs évaluations. Cependant, les usagers n'ont pas pris part directement à la démarche. Le service a défini son travail comme étant monté en « *3 phases* » :

1. Un séminaire des responsables de PMI autour de 3 ateliers : « *vivre sa sexualité* », « *devenir parents* » et « *bien grandir* »,
2. « *Etat des lieux élaborés à partir des problématiques identifiées lors des ateliers* », « *étayer par des données chiffrées* » et la « *description des processus à mettre en place* »,
3. « *Un recensement des pratiques efficaces* » au travers de la littérature scientifique, en fonction de cela, procéder aux améliorations nécessaires des interventions

- « *Parallèlement à ces étapes* », réaliser un « *protocole d'évaluation du projet de santé publique* ».

L'ensemble du travail a donné lieu à la publication de 3 livrets qui ont été publiés sur le site départemental(9). Nous ne pourrons pas détailler l'ensemble de ce travail. Cependant, le service de PMI de l'Aude pourra utilement consulter les propositions d'interventions proposés par ce département, malgré les choix méthodologiques différents. Les acteurs de terrain pourront examiner utilement le montage des interventions sur le « *livret 2* » à partir de constats ressentis par le personnel pour la mise en place de dispositifs collectifs propres à ce territoire.

5.2.5-« Périnatalité : Agir avec les femmes » de l'institut Renaudot (111)

Il s'agit d'un guide axé sur la démarche de santé communautaire dans le champ de la périnatalité. Ce document pourrait être utile pour la suite du projet. C'est le fruit d'un travail collaboratif entre l'ARS de l'Ile de France, de l'Institut Renaudot et de la Chronique Sociale. C'est un guide de recommandations pour encourager les femmes à définir leurs besoins et à

coparticiper aux interventions. En plus d'une boite à outils sur les étapes de la démarche participative, nous y retrouvons 5 fiches pratiques sur comment :

- « *Développer des stratégies de formation innovantes* »
- « *Développer des supportes de négociation/échange avec les femmes* »
- « *Construire des stratégies d'accès à l'information sur la grossesse et le système de santé* »
- « *Développer le lien social* »
- « *Réorienter les services de santé impliqués dans l'accompagnement et le suivi des grossesses* »

5.3-Les réponses des autres services de PMI

Treize départements ont formulé une réponse entre le 21 mars et le 11 juin 2019, soit un taux de 11,88% sur l'ensemble de 101 départements. Toutes les réponses étaient argumentées sauf pour une. 19 documents en pièce-jointes ont été transmis par 6 services PMI. En janvier 2020, les 13 services de PMI répondants ont été recontactés afin de savoir s'il y avait eu des avancés dans leurs travaux évaluatifs. 4 Services ont répondu. Trois ont répondu par la négative et un service nous a transmis de nouveaux documents (cf. tableau 2 annexe).

Sept départements déclarent se contenter de produire un rapport annuel sur la base des indicateurs d'effectifs et d'activités de la DREES. Certains départements ont enrichi les indicateurs DREES sans en changer de catégorie. On entend par enrichir, que l'on détaille les indicateurs de la DREES, en restant dans la catégorie des indicateurs d'activités et/ou d'effectifs. Ceux-ci indiquent effectuer une évaluation centrée sur le fonctionnement de la structure et la gestion de son personnel.

Par exemple dans le Lot, la PMI estime que l'activité est imparfaitement représentée par les indicateurs de la DREES, et que « *certains critères ne sont pas étudiés comme par exemple les listes d'attente en consultation* ». Un gros « *travail reste à faire autour de la mission de planification* » pour produire des « *cadres minimalistes* ». Ce département a travaillé sur la réalisation de fiches pour les VAD et les visites à la maternité prénatale et postnatal, afin « *d'uniformiser l'offre de service et d'expliquer ce qu'est le travail à domicile* » (à son personnel).

Dans le département de la Lozère, on déclare avoir produit « *3 référentiels* ». Il nous remet une plaquette d'activité départementale du personnel qui est découpée par catégorie professionnel et par secteurs géographique intra-départementaux ; puis 2 tableaux Excel pour le recueil des statistiques annuelles d'activités (l'un vierge, l'autre avec les données de 2016). On retiendra l'intégration des motifs de consultations plus détaillées que dans le questionnaire de la DREES, et la sectorisation plus fine en micro-territoires.

Dans le département de l'Essonne, la PMI a produit des « *lettres de cadrage* » mettant en avant 4 priorités : « *réaffirmer le rôle universel de la PMI dans le champ de la prévention et du soin* », « *cibler l'accompagnement des publics les plus vulnérables* », « *valoriser l'expertise de la PMI par le développement de partenariat et la communication* », « *optimiser les moyens de l'organisation pour répondre aux objectifs stratégiques* ».

Dans l'Eure et Loire, la PMI ne fournit pas de documents, mais nous informe que les critères qualitatifs d'évaluation se concrétisent par une « *réunion hebdomadaire des responsables d'unités territoriales* ».

En Haute-Savoie, les réflexions sont en cours avec l'Agence des Nouvelles Interventions Sanitaires et Sociales (ANISS) autour du développement du projet « *Petits pas, grands*

pas[31] ». Il s'agit d'évaluer la formation des équipes à ce programme et à prendre en compte « *les ratios de charge de travail par post de santé* ».
La PMI de l'Isère nous transmet un travail statistique intitulé « *la santé de la mère et de l'enfant en Isère* » (indicateurs 2013), qui est décrit comme un « *outil d'aide à la décision permettant d'identifier les spécificités territoriales existantes* » et qui « *regroupe les principaux indicateurs de la périnatalité et de la petite enfance* ». Il s'agit d'un exemple du travail épidémiologique pouvant être réalisé sur la base des certificats de santé (cf. CS8, CS9 et CS24). Ce document n'est pas que descriptif, puisqu'il est accompagné d'une recherche de significativité par des tests Chi² ou Fischer.

5.4- Propositions concrètes proposées au service de PMI

Sur cette base de recommandations issues résultats et des enseignements théoriques dispensés en santé publique, il est proposé de distinguer **2 cadres** pour structurer les évaluations de la PMI. Le premier sera employé à l'échelle des dispositifs d'intervention collective, le second à l'échelle des interventions individuelles. La logique n'est pas tout à fait la même. Aussi, plusieurs outils sont proposés à la structure pour évaluer leurs interventions de la PMI menées par les équipes médicales ou paramédicales au sein des CMS, selon qu'il s'agisse d'un de l'un ou de l'autre.
Indépendamment de cela, il restera à toujours identifier clairement ce que l'on évalue, dans son cadre précis, au regard d'un objectif déterminé en amont de chaque intervention et rapporté au public visé. Il faut donc proposer certaines bases élémentaires aux équipes peu habituées jusqu'à présent à évoluer dans une « culture » de l'évaluation. A savoir que l'on réalise une fiche pour chaque intervention et on relève systématiquement la présence de déterminants de santé défavorables chez la personne suivie. Plus les énoncés seront clairs, plus l'appréciation qualitative des données sera pertinente.
Les équipes pourront utiliser aussi la méthode de questionnement QQOQCCP d'origine aristotélicienne : « *Quoi, Qui, Où, Quand, Comment, Combien, Pourquoi* » pour élaborer leurs fiches. Il faudrait aboutir par exemple à ce type de contenu :

Objet/Titre *: séances individuelles en VAD réalisées par une infirmière puéricultrice dont le motif de consultation était des difficultés dans la mise en place de l'allaitement après la sortie de la maternité, entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année X, sur l'ensemble des CMS du département*.
Public visé : toutes les femmes dans le département de l'Aude, sorties de la maternité précocement et qui souhaite allaiter, et par effet rebond leurs nouveau-nés.
Objectif de santé publique : énoncer le problème en lien avec un déterminant de santé, un facteur de risque : l'OMS recommande l'allaitement maternel pour ses bienfaits nutritionnels et son impact positif sur le développement de l'enfant. En France, le taux d'allaitement chute très rapidement après la sortie de la maternité et les sorties après l'accouchement sont de plus en plus précoces, ce qui n'est pas suffisant pour accompagner les femmes dans la mise en route de l'allaitement.
Objectif d'intervention : contribué à la réussite de la mise-en-place de l'allaitement lors des sorties précoces de la maternité auprès des femmes en demande.
Moyens disponibles : partenariat PMI/maternités du département, personnel requis, planning, temps de disponibilité, budget, support : programme d'encouragements et délivrances de recommandations individualisées par VAD et suivi téléphonique 2 fois par semaine, voitures disponibles…

[31] Sur l'attachement et sur le stress parental. C'est en lien avec le programme PANJO

Indicateurs possibles : nombre de femmes ayant poursuivie l'allaitement à 8 jours, à 15 jours, à 3 mois parmi les femmes visitées. Descriptions des difficultés des femmes surmontées et non-surmontées
Evaluation des résultats : les résultats sont examinés en équipe. Est-ce que l'intervention est un succès à 8 jours, à 15 jours, à 3 mois ?
Evaluation des processus : Connaitre la satisfaction des femmes aux termes de la prise en charge : les femmes ayant bénéficiée de cette intervention ont-elles réussi à dépasser leurs difficultés selon elles ? Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné d'après les femmes visitées, d'après les puéricultrices ? est-ce que l'on améliore les processus de l'intervention ? par exemple : doit-on agir plus en amont ? va-t-on conserver l'intervention, ou décider de l'abandonner ?
Finalité : Améliorer tel et/ou tel point, décider de poursuivre l'intervention ou de l'abandonner au profil d'une autre ?

5.4.1-Pour l'évaluation d'un dispositif d'intervention à visée collective

L'utilisation de la grille des 6 méta-critères d'évaluation[32] peut permettre à l'évaluateur de déterminer la pertinence de toutes les interventions en place en PMI. Chaque méta-critère étant en cascade, on retiendra que si une intervention n'est pas pertinente, il n'y a pas lieu d'examiner les autres méta-critères. Il est recommandé de faire participer les acteurs de la PMI à l'évaluation et de leur proposer d'utiliser eux-mêmes cet outil lorsqu'ils envisagent la mise en place d'une nouvelle intervention.

Tableau 6 – La grille des 6 méta-critères d'évaluation appliquée aux interventions collective en PMI

« Pertinence de l'intervention » ↓	- **Toute intervention doit entrer dans le cadre d'une mission officielle de la PMI** : l'objectif de l'intervention est en lien avec l'objectif d'une des missions(5) - Elle découle d'une demande du public ou d'un diagnostic des acteurs de la PMI sur le terrain, mais dont le besoin est toujours confirmé par le public ciblé - L'intervention peut améliorer l'état au minimum d'un déterminant de santé individuel ou comportemental défavorable et s'appuie sur un motif de santé ou en lien avec (future)mère et/ou de l'enfant - Aucun dispositif ayant le même objectif d'intervention n'est existant au sein CMS (cf. pas de doublon), ni dans le réseau périnatal, et ni proposé par des partenaires. A défaut, il faut justifier la pertinence du doublon. - L'intervention entre dans le champ de compétences professionnelles des acteurs qui l'exécutent
« Cohérence de l'intervention » ↓	- **L'intervention mise en place permet d'atteindre l'objectif d'intervention** - Les ressources sont suffisantes pour mener à bien l'intervention. Le CMS dispose de tous les moyens nécessaires : personnel, disponibilité du personnel, lieu d'intervention, matériel, …ou il est en mesure d'obtenir une subvention pour mener à bien son projet ou : • Le budget défendu en interne avec le CDAude, • Un contrat est passé entre état et le CDAude (cf. SNPPE 20-22(3). • Un contrat est passé entre ARS du département et le CDAude (si le projet est un lien avec une mission du PRS)
« Processus et implantation de l'intervention »	- Le public a adhéré à l'intervention : taux de participation selon le volume du public potentiellement attendu, acceptation des propositions d'interventions - Niveau de satisfaction des participants, prise en compte des remarques en vue des évaluations intermédiaires,

[32] Cette grille est présentée dans l'UE « *évaluation des programmes politiques* » du programme de Master 2 IPS délivré au cours de la formation 2018-19 à l'Université de Lorraine(54). Certaines phrases et expressions peuvent être des citations issues de ce cours qu'il n'a pas semblait utile de modifier. Le modèle a été adapté pour la PMI.

↓	- Si l'intervention est menée dans plusieurs CMS : y-a-t-il des variations d'un centre à l'autre
« *Effets de l'intervention* » ↓	- **Vérification de l'atteinte de l'objectif d'intervention** : • Observe-t-on une variation des indicateurs de suivi choisi sur la population cible, • Observe-t-on une amélioration du déterminant de santé défavorable visé par l'intervention, …
« *Efficience de l'intervention* » ↓	- L'objectif a-t-il était atteint **aux meilleurs coûts** : temps investis, personnel mobilisé, peut-on regroupé 2 interventions similaires ? - Peut-on optimiser les ressources pour cette intervention - Faut-il conserver l'intervention ? l'améliorer ?
« *Impact de l'intervention* »	- Evaluation en équipes sur le bilan des interventions : quels sont les constats pour les participants, y-a-t-il eu des retombées inattendues ?

Les critères qualitatifs extraits des recommandations des auteurs de la revue littéraire ont été réutilisés, ainsi que les celles retrouvés en littérature grise. Il est proposé également un modèle de représentation des missions de la PMI dans son entité complexe.

5.4.2-Pour l'évaluation d'une intervention à visée individuelle

PM, PCP et Déterminants de Santé : se repérer au sein de l'institution transversale

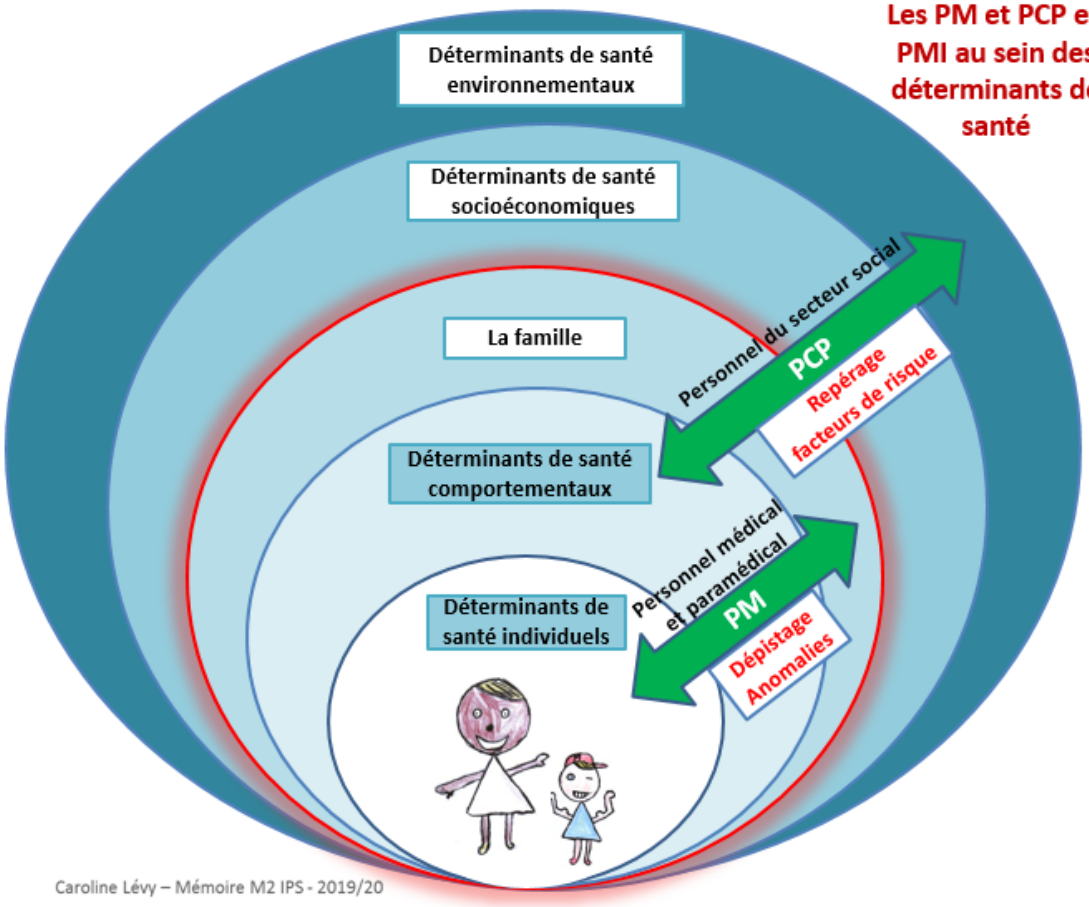


Figure 5 : la répartition des PM et des PCP en PMI au sein d'une représentation imbriquée des déterminants de santé inspirée du modèle théorique proposé par Dahlgren et Whitechead[33].

Le découpage des interventions en PMI selon les déterminants de santé selon le modèle imbriqué proposé par Dahlgren et Whitechead(112) est juxtaposable avec la distinction opérée entre PM et PCP proposé par le HSCP(19). Cela permet ainsi de situer les acteurs

[33] Dessin de la mère et son enfant sans droit d'auteur, issue d'une collection de dessins personnels

dans une logique d'intervention coordonnée et dynamique. Il pourrait être employé comme un outil de dialogue, mais aussi de formation au sein des équipes pour les actions de planification et d'évaluation des interventions. Aussi, nous montrons comment nous proposons plusieurs supports permettant de :

- Mettre la femme et/ou l'enfant au centre de la logique d'intervention médicosociale : Figure 5
- Faire une distinction entre les missions PMI qui relèvent des PM et des PCP selon les recommandations du HCSP)(19) : Figure 6
- Faire une distinction entre les missions PMI qui ciblent les déterminants de santé pour la femme de 15-49 ans et ceux pour l'enfant de 0-6 ans, selon la distinction entre PM et PCP : tableaux 7 et 8

Le cercle rouge correspond à la « limite » des champs de compétences professionnelles ((para)médicales versus sociales). Le professionnel de santé passe le relais au personnel du secteur social pour intervenir sur les déterminants de santé socioéconomiques et environnementaux. Tandis que le personnel du secteur social va transmettre au personnel médical des informations sur l'existence de circonstances défavorables repérées dans son champ d'intervention, pour que cela soit pris en compte dans l'intervention médicale. Par exemple, un habitat dégradé repéré par l'assistante sociale, pourra inciter le médecin à proposer un dépistage du saturnisme chez la (future)mère et l'enfant. Les trois composantes de la santé (physique, mentale et sociale) peuvent ainsi être prises en compte dans la PM.
On voit ainsi comment s'articule la prise en charge préventive au sein de l'équipe pluridisciplinaire de la PMI à l'échelle individuelle. Pour tout dépistage d'anomalie, la femme et/ou l'enfant vont être orientés vers un professionnel de santé pour un diagnostic et une prise en charge curative ou correctrice. Le respect des cadres va faciliter la réalisation d'une évaluation qualitative des interventions en apportant une vision systémique.
De façon plus détaillé, nous retrouverons les interventions de PMI au sein de la figure 6. Ceci permet d'avoir une vue d'ensemble des missions officiels de la PMI en fonction du leur champ des compétences de chacun. C'est un outil de cohérence interventionnelle.

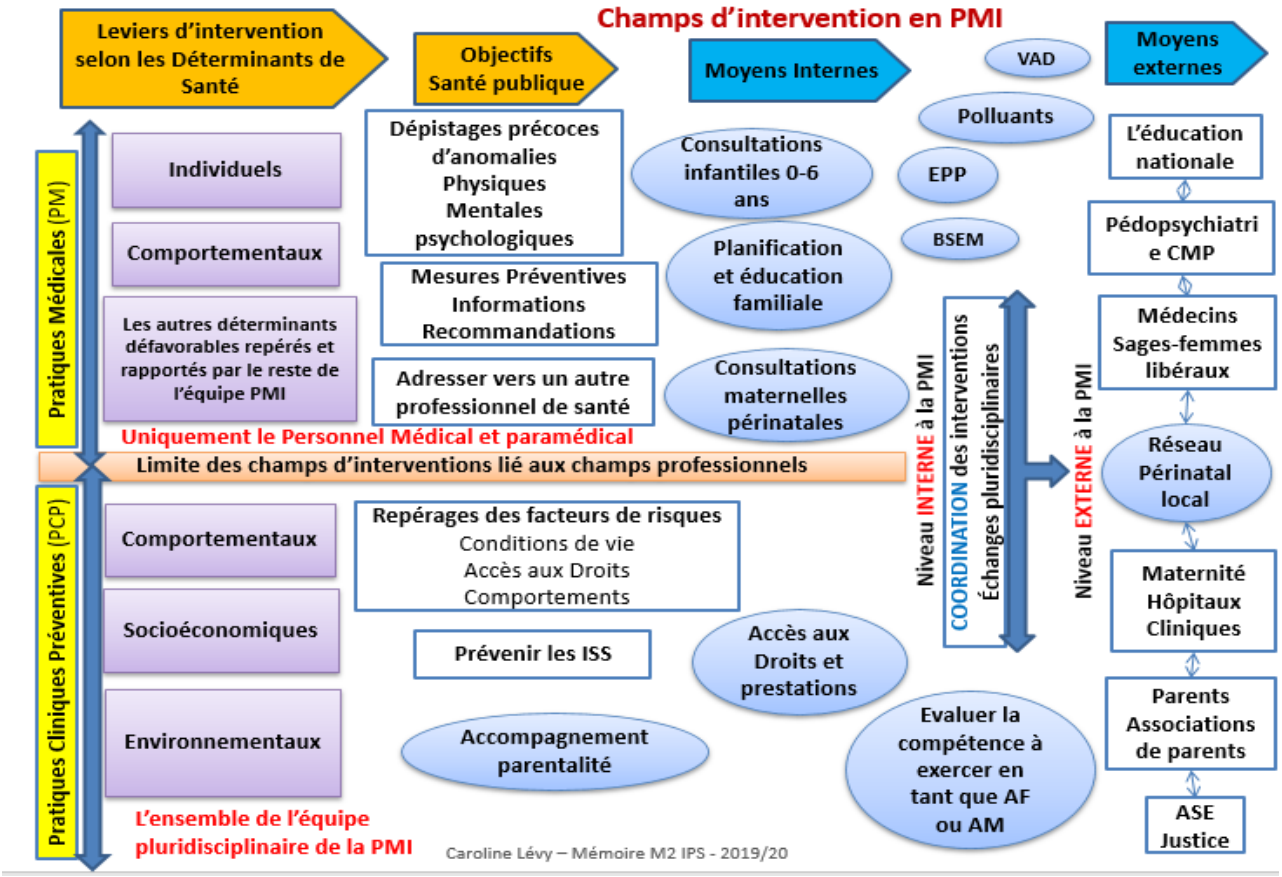


Figure 6 : Répartition des interventions de la PMI selon un découpage entre les PM et des PCP en incluant les déterminants de santé concernés, et la présence d'un réseau périnatal local.

Evaluer mission par mission :

Nous proposons, de retenir les recommandations des auteurs qui proposent de conserver une logique d'intervention et de prise en charge ayant pour origine une cause de santé de la mère et/ou l'enfant, quel que soit le contexte d'intervention. Tout motif d'intervention émis par le consultant lui-même est à entendre et constitue une « porte d'entrée » dans le circuit de prise en charge. Ceci est d'autant plus important lorsque le sujet présente des facteurs de risque particulièrement défavorables.

Le choix des tests utilisés pour le dépistage des anomalies, devrait être discuté par les médecins de la PMI au sein du département. En attendant l'arrivée d'un référentiel national, ceci facilitera le recueil des données sur le territoire et leur analyse.

Les recommandations des auteurs nous amènent à relativiser les moyens de repérage sur les micro-territoires des populations à l'échelle d'une intervention individuelle en PMI. Ce type d'outil a un intérêt pour la gestion du personnel pour garantir des effectifs suffisants et aussi pour orienter la mise en place de dispositifs collectifs, pas en ce qui concerne la qualité intrinsèque d'une intervention. Tout simplement parce que l'on reçoit en consultation une femme, un enfant et non un territoire. On se remémorera utilement que HCSP recommande de pratiquer une : R1- « *Prévention systématisée et personnalisée* »(19), et la HAS dans ses RPC de procéder à: « *démarche individuelle, adaptée aux besoins de chaque femme ou couple* » (cf. Annexe 8-Tableau 5)(57).

Les deux tableaux qui suivent se propose de structurer l'évaluation de l'ensemble des missions médicales de la PMI, en opérant une distinction entre les interventions ayant pour centre d'intérêt la femme, et celle destinées à l'enfant. Chaque tableau tient également compte du fait qu'il s'agisse d'une PM ou d'une PCP.

Tableau 7- Missions PMI centrés sur femmes de 15-49 ans, selon qu'il s'agisse d'une PM (fond rose) **ou à une PCP**

Descriptif Missions et sa numérotation[34]	**Objectifs**	**Professionnel pouvant mener l'action** (en libéral, à l'hôpital ou en PMI)	**Modalités d'accueil**
Consultation prénuptiale[35] (Femme seule ou avec présence du futur père) **1**	**Dépistage pré conceptionnel, informations de prévention individualisées** Accompagner le projet de grossesse pour qu'elle se déroule dans les meilleures conditions de santé possible(113) - « *En réponse aux questions posées par une femme ou un couple qui a un projet de grossesse clairement exprimé (arrêt envisagé d'une contraception, problème de fertilité, questions sur le déroulement d'une grossesse).* »(113) **- «** *Lors d'un suivi gynécologique régulier en l'absence d'expression d'un projet de grossesse, et en particulier lors du renouvellement d'une contraception si le professionnel a connaissance d'un projet de mariage ou de vie en couple.* »(113)	**Médecin** (Généraliste ou gynécologue) Ou **Sage-femme** qui adresse au médecin si la situation est jugée délicate, ou s'il y a présence d'antécédents médicaux particuliers.	**Point de consultation :** **Fixe :** en centre de PMI ou local de permanence
Indicateurs de suivi	**Indicateurs** **-** Nombre de femmes reçu par an et par centre de CMS : son âge, présence ou non du futur père, caractéristiques socio-économiques, la ville/quartier de résidence, le motif de la consultation, la présence d'un ou de plusieurs déterminants de santé défavorable, - Nombre de femmes adressées à un autre professionnel de santé ou du social en fonction du dépistage d'un ou de plusieurs déterminants de santé défavorable, **-**		
Consultations prénatales L2112-2 **1** **6 examens obligatoires**(115) :	**Dépistage précoce :** L2131-1 « *détecter in utéro chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité* », analyses de cytogénétique et de biologie en vue d'établir un diagnostic prénatal. **Autres obligations légales :** L2122-2 délivrance **carnet de grossesse** gratuit contenant : Les examens prescrits cf. art. L2122-1, L2122-4 transmission sous 8 jours à la CAF de l'attestation de passation,		**Point de consultation :** **Fixe :** en centre de PMI ou local de permanence **En VAD** dont le motif est la femme enceinte

[34] Il s'agit de la numérotation employée de l'art. L2112-2 du CSP pour identifier la mission

[35] Supprimé par la loi n° 2007-1787 du 20 décembre 2007 Etait obligatoire avant tout mariage

	Délivrance d'informations sur le VIH et proposition de dépistage L2131-3 une violation de prescription peut entrainer un retrait provisoire d'exercice du centre[36] **5** L2112-2 **suivi épidémiologique** : ► « *Nombre de grossesse non suivies ou mal suivies*[37] » ► « *Taux de mortalité maternelle*[38] » **Normes d'activités** R2112-5 quatre ½ journées obligatoires/100 000 habitants de 15-49 ans résidants dans le département, par semaine ; jusqu'à seize ½ journées par semaine, L2131-2 établir un rapport annuel d'activité : ► A l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, ► A l'Agence de Biomédecine cf. L2131-1 **Normes d'effectifs** R2112-7 une sage-femme temps plein (ou équivalent) pour 1 500 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente		
L'Entretien Prénatal Précoce (EPP) 4 **Guide HAS sur la préparation à la naissance et à la parentalité**	L2122-1 Proposé systématiquement et à réaliser à partir de 4ème mois de grossesse, **Deviendra obligatoire en Mai 2020** **Repérer les difficultés potentielles** → planifier une prise en charge individuelle, adaptée aux besoins de chaque femme/couple		
Pratique IVG par voie médicamenteuse 3 Jusqu'à 7 semaines de grossesse	**5** L2112-2 **suivi épidémiologique** : ► « *Nombre d'interruption de grossesse chez les femmes de <18ans* » **Repérer les risques :** ex : absence de moyens de contraception, éducation sexuelle déficiente…	**Médecin** (Généraliste ou gynécologue) **Ou** **Sage-femme**	
Planification Familiale 3 *Ouvert aux mineurs sans autorisation parentale*	**Thématiques des interventions** Conseils conjugaux : difficulté dans le couple, dans la fonction parentale, accompagnement des victimes de violences, etc. Consultations médicales : prescription d'une contraception, contraception d'urgence, sexualités, consultation de gynécologie, questions et dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), test de grossesse, interruption	**Médecin** **Ou** **Sage-femme** **Conseillère conjugale et familiale**	
Education familiale[39] **3** (Conseil conjugal)			

[36] Aucune prescription de nature curative n'est tolérée.

[37] Indicateur très imprécis : pas de définition trouvé pour « *mal suivies* » : on ne sait pas s'il s'agit du nombre d'examens non-réalisés ou de la procédure lors de l'examen, ou les deux.

[38] **OMS : mortalité maternelle** « *Décès d'une femme au cours de la grossesse ou dans un délai de 42j après sa terminaison, quel qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite*. »(114)

[39] Eduquer les parents en vue de leur permettre d'éduquer leurs enfants(116,117)

	volontaire de grossesse médicamenteuse, Actions de préventions et d'informations collectives : éducation à la sexualité et à la relation à l'autre : en milieu scolaire, auprès d'adultes en situation de handicap ou de précarité **Normes d'activités** R2112-5 Douze ½ journée au minimum/semaine réparties entre la planification familiale et l'éducation familiale		
Actions médico-sociale préventives et de suivi postnatal 4bis Pour les parents	**Conseiller, d'orienter les parents** en fonction de leurs besoins (soins de puériculture, allaitement, sécurité domestique). Peut s'articuler avec d'autres interventions.	**Sage-femme** ou **Infirmière puéricultrice**	**Point de consultation :** **Fixe :** en centre de PMI ou local de permanence **Itinérante :** bus **En VAD** dont le motif est les parents **A la maternité**
Consultations postnatales 1 **1 examen obligatoire**(115) : A effectuer dans les 8 semaines après l'accouchement	**Autres obligations légales** L2131-1 Délivrance du **carnet de santé** précisant l'état civil de l'enfant (aux institution) L2131-3 Pour la femme : contraception problèmes urinaires etc. **5** L2112-2 **suivi épidémiologique** : ► « *Taux de mortalité maternelle* »	**Médecin** (Généraliste ou gynécologue) **ou** **Sage-femme** qui adresse au médecin si la situation est jugée délicate, ou s'il y a présence d'antécédents médicaux particuliers. ou **Infirmière puéricultrice**	

Tableau 8- Missions PMI centrés sur les enfants de 0-6 ans, selon qu'il s'agisse d'une PM (fond rose) **ou à une PCP**

Missions	Objectifs	Professionnels pouvant mener **l'action** qu'il appartienne ou non à la PMI	Modalités possibles d'exercice
Consultations infantiles 2 De 0 à 6 ans 3 *CERFA* : -8ème jour CS8 : déclaration de grossesse aux caisses d'assurance maladie et d'allocation familiale (CAF) -4ème mois CS24 -6ème mois CS	**Prévention et Dépistages de troubles** : physiques, psychologiques, sensoriels, de l'apprentissage R2112-3 - surveillance de la croissance staturo-pondérale, - Développement : physique, psychomoteur et affectif, - Dépistage précoce d'anomalies/déficiences, - vaccinations. **Dépistage du handicap** : L2132-4 suspecté ou décelé : la famille doit être informée de la nature du handicap. **5** L2112-2 **suivi épidémiologique** : ► « *Nombre d'enfants présentant un handicap* » ► « *Nombre de décès d'enfants de 0-6 ans* » **Normes d'activités** R2112-6 Douze ½ journée pour 200 enfants nés vivants au cours de l'année précédentes de parents résidants dans l'Aude **Normes d'effectifs** R2112-7 une puéricultrice à temps plein (ou équivalent) pour 250 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente (ou à défaut une infirmière avec expérience appropriée) **Code de la santé sociale** 2ème alinéa L162-5-3	**Médecin** (Généraliste ou gynécologue) ou **Infirmière puéricultrice**	**Point de consultation :** **Fixe :** en centre de PMI ou local de permanence **Itinérante :** bus **En VAD** dont le motif est l'enfant **Ou par voix de convention**[40]
Entretien Prénatal Précoce (EPP) 4	L2122-1 pour tout enfant <6ans requérant une attention particulière Deviendra obligatoire en Mai 2020		**En VAD** dont le motif est l'enfant
BSEM T2 3-4 ans	**Prévention et Dépistages de troubles** et du handicap (cf. idem que pour toutes consultations infantiles) **Autres obligations légales :** L2112-5 transmission dossiers médicaux médecin scolaire	**Médecin** (Généraliste ou gynécologue) ou **Infirmière puéricultrice**	**Ecoles maternelles** du département, quel que soit le statut de l'établissement

[40] Les activités **L2112-2** et **L2112-3** sont déléguables. Il s'agit de l'exécution de la mission lorsqu'elle a était délégué à un partenaire de la PMI (établissement de santé, …)

	5 L2112-2 **suivi épidémiologique** : ▶ « *Nombre d'enfants présentant un handicap* » ▶ « *Nombre de décès d'enfants de 0-6 ans* » **Normes d'activités** Pas de normes imposées, mais dans la logique préventive tous les enfants de cette tranche d'âge devraient s'être vue proposé ce bilan de santé	
Mineurs en danger T1 (Mission transversale à toutes activités)	**Dépistage situation de danger ou risquant de l'être** L2112-2 Participation aux actions de prévention et de prise en charge L2112-6 Le médecin du service PMI prend *« toutes mesures relevant de sa compétence propres* » si « *les circonstances font obstacle à ce que l'enfant reçoive des soins nécessaires* » si la santé ou le développement de l'enfant sont compromis L2112-6 « *provoquer d'urgence toutes mesures appropriées* » **Selon les conditions prévues dans le code de l'action sociale et des familles** 6ème alinéa L221-1 « *Veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec d'autres personnes que ses parents soient maintenus, voire développés, dans son intérêt supérieur* »(35) L226-1 à L226-11 les missions du service de l'Aide Sociale à l'enfance sont menées conjointement avec le service de PMI(118) L523-1 relatif à la création d'une convention un groupement d'intérêt entre L'Etat, les départements et des personnes morales de droit public ou privé et l'Observatoire national de la protection de l'enfance pour la gestion des appels téléphoniques relevant des signalements. L532-2 relatif à l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant(119)	**Médecin** Et L2112-6 **tout le personnel** du service doit informer « *sans délai le médecin responsable du service de PMI* »

6-Discussion

Les particularités de ce travail :

Nous pouvons qualifier ce travail de résolution de problème en milieu complexe. Aussi, la partie contexte occupe une place assez volumineuse. Il était incontournable de présenter toutes les composantes et corrélations dont il fallait tenir compte dans le projet. Aussi, le tableau de synthèses de la revue littéraire a été annexé afin de ne pas alourdir la lecture.

Il a été privilégié une présentation de la méthodologie sous forme de schémas, parce qu'il nous paraissait difficile de se représenter autrement la logique mise en marche. Cela s'harmonise bien avec un travail qui porte aussi bien sur les contenants, que sur les contenus. En aucune façon nous n'avons la prétention d'avoir été exhaustif.

Le travail s'est accordé à retrouver les logiques structurelles au sein des activités de la PMI pour faciliter la construction du futur plan d'évaluation de ses interventions. En même temps, cette logique est elle-même induite par une compréhension du rôle de prévention de la PMI et des facteurs de risques inhérents à la santé de la femme et de l'enfant. Travailler sur les cadres est une façon de préparer l'évaluateur à l'évaluation. Ce dernier doit lui-même avoir une vision systémique de son objet d'évaluation, connaitre les enjeux de santé public et l'éthique sous-jacente voulue par l'état. Il nous a aussi semblé que le personnel de la PMI aurait besoin de repères au sein de cette organisation de nature transversale, afin d'y trouver une cohésion, un sentiment d'appartenance à un groupe de travail œuvrant dans une dynamique commune indépendamment de l'organigramme du département. C'est une proposition de changement de repères.

Quoi s'il en soit, il ne faudrait pas croire que les professionnels de la PMI ne travaillent pas de façon fonctionnelle. Ils sont expérimentés et exécutent chaque jour un travail considérable. Aussi, nous aurions tout intérêt à les faire participer activement à la suite de ce projet, car la satisfaction de faire un travail de qualité est apprécié de tous. Aussi, nous espérons que la suite du programme se fera sur un modèle de démarche participative, incluant professionnels et usagers.

Les limites de ce travail

La revue littéraire : Il aurait été intéressant de procéder à plusieurs revues : une pour chaque mission de PMI. Cependant, le travail de recherche aurait sans doute dépassé le temps et l'espace imparti pour réaliser la mission de stage.

Le choix a été fait de ne pas se cantonner aux articles en français, alors qu'il est difficile de trouver un MeSH term qui désigne parfaitement cette institution aux caractéristiques bien françaises. Cependant, il nous paraissait intéressant de « ratisser large » afin de palier à l'absence éventuel de référentiel. D'autre part, certains auteurs français pouvaient avoir fait le choix de ne publier qu'en anglais. C'est d'ailleurs ce qu'il s'est produit pour quelques-uns.

Nous remarquons l'absence de recommandations pour certains déterminants, notamment dans le domaine environnemental. Le dépistage du saturnisme devrait trouver sa place dans les interventions de la PMI. Le système français dispose d'un dispositif de prise en charge complet au niveau sanitaire et au niveau de l'élimination de plomb dans l'habitat, dont le déclencheur est uniquement réalisation d'un dépistage.

La recherche en littérature grise : Beaucoup de documents ont été utiles à la réflexion et à la réalisation de ce travail. D'autre part, plusieurs documents ministériels et interministériels étaient sortis durant la période d'interruption du stage. Nous espérons que les documents retenus permettent de couvrir suffisamment de centre d'intérêt pour la poursuite du projet. Nous aurions bien poursuivi les recherches au-delà, mais cela n'aurait pas permis de présenter nos propositions faites aux termes de ce stage.

La demande auprès des autres départements : Le taux de réponses a été faible, ce qui ne peut malheureusement pas être interprété. Nous aurions dû procéder autrement que par un envoi de courriel. C'est incontestablement le plus grand regret. Le stage s'étant effectué avec une coupure de plusieurs mois, l'envoi fut sans doute trop hâtif. La méthode aurait dû consister à l'envoi d'un questionnaire en ligne. Ceci aurait permis d'élaborer des questions plus concrètes et d'en savoir plus sur la situation des autres Conseils Départementaux. Le médecin cheffe de service de PMI me faisait quand même remarquer que certains départements ont pour habitude de ne pas répondre.

Parmi les réponses obtenues, nous constatons que le public cible n'est pas assez intégré dans les dispositifs d'évaluation, en fonction de ses besoins et des déterminants de santé défavorables. On peut penser que c'est la nature même des indicateurs de la DREES qui induit la production d'indicateurs plus détaillés, mais de même catégorie. Cependant, il est nécessaire de changer de catégorie d'indicateur pour pouvoir réellement estimer la valeur ajoutée des missions PMI pour la population. Cela semble globalement difficile à aborder pour certains. Un responsable m'a même déclaré : nous avons essayé, mais « *nous avions l'impression de comparer des navets avec des carottes* ». Tout ceci nous amène à penser que nous avons encore beaucoup à faire pour voir émerger une culture de la santé publique commune à tous afin de parler la même langue pour gagner en efficacité.

Les points fort de ce travail

Nous retiendrons de ce travail l'utilité incontournable des modèles théoriques enseignés en santé publique pour structurer ce mémoire, notamment l'approche par déterminants de santé, ainsi que les apports des enseignements en évaluation de programmes politiques. Le fait aussi d'avoir pu mettre en figures certaines représentations sera retenu comme le grand apprentissage de ce stage, car cela permet de mieux communiquer sur la complexité d'un projet. En premier lieu, l'élaboration de l'organigramme permettant de visualiser comment s'articule la démarche.

Il a été également décisif de constater que la distinction entre PM et PCP pouvez parfaitement se calquer sur un modèle imbiqué des déterminants de santé. Un second point important, était d'arriver à distinguer que les dispositifs d'interventions collectives et les interventions individuelles ne répondent pas à la même logique.

7-Conclusion

Ce travail clôturant ce Master 2 de santé publique a eu pour contrainte d'être mené en deux temps : 2 mois en 2019, puis 3 mois en 2020.

Nous espérerons que cette réalisation apportera des éléments utiles au service de PMI et au Conseil Départemental de l'Aude pour finaliser l'élaboration de son projet d'évaluation. Tout ceci dépendra évidement de l'implication des acteurs au sein des CMS, mais également de la volonté de saisir l'opportunité de passer des contrats avec l'état. Ceci ouvre la porte à l'obtention de budgets, à l'opportunité de créer de nouveaux postes et de redynamiser les équipes de travail (cf. coordinateur…). Souhaitons une longue vie à la PMI, cette force d'intervention de terrain qui a le mérite d'être présente dans le paysage français et d'être bien connue par nos familles.

Toutes les Figures et tableaux ont été réalisés par l'auteur à l'aide du logiciel PowerPoint à l'exception du schéma page 9 « *la carte des besoins fondamentaux de l'enfant* » issu d'un guide en accès gratuit(24,25).

8- Bibliographie

1. OCDE. Les maladies chroniques font payer un lourd tribut à l'Europe, selon un nouveau rapport de l'OCDE et de la Commission européenne - OCDE [Internet]. 2016 [cité 21 janv 2020]. Disponible sur: https://www.oecd.org/fr/sante/les-maladies-chroniques-font-payer-un-lourd-tribut-a-l-europe-selon-un-nouveau-rapport-de-l-ocde-et-de-la-commission-europeenne.htm

2. OCDE. Insuffisance pondérale à la naissance. 22 févr 2007;94-5.

3. DICOM_Lisa.C, DICOM_Lisa.C. Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 21 janv 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/strategie-nationale-de-prevention-et-de-protection-de-l-enfance-2020-2022

4. Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté. Stratégie Nationale de Prévention et de lutte contre la pauvreté [Internet]. Ministère des solidarité et de la santé, France; 2018 [cité 23 janv 2020]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-01/2017-12-29_dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf

5. France, Gouvernement. Code de la santé publique - Article L2112-2. Code de la santé publique janv 19, 2018.

6. World Hearth Organisation (WHO). PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA. 21 nov 1986;6.

7. Ministère de la Santé Publique (gouvernement provisoire français). Ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 SUR LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE [Internet]. nov 2, 1945. Disponible sur: https://jo.toutelaloi.fr/JORFTEXT000000704580

8. PEYRON M, JACQUEY-VASQUEZ B, Dr LOULERGUE P. Rapport de Michèle Peyron : pour sauver la PMI, agissons maintenant ! [Internet]. 2020 janv [cité 15 janv 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/famille-enfance/article/rapport-de-michele-peyron-pour-sauver-la-pmi-agissons-maintenant

9. PMI Seine-Saint-Denis. Projet de santé publique PMI 2019-2021 : La priorisation des actions [Centre de Ressources Partenaires] [Internet]. 2018 [cité 13 janv 2020]. Disponible sur: https://ressources.seinesaintdenis.fr/Projet-de-sante-publique-PMI-2019-2021-La-priorisation-des-actions

10. Amar E, Borderies F. Les services de PMI : plus de 5 000 sites de consultations en 2012. Etudes et Résultats-n°0913. DREES. avr 2015;6.

11. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'enquête Aide sociale auprès des conseils départementaux [Internet]. drees.solidarites-sante.gouv.fr. 2014 [cité 24 janv 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/article/l-enquete-aide-sociale-aupres-des-conseils-departementaux

12. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Définition - Aide sociale départementale | [Internet]. 2016 [cité 28 janv 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1659

13. Flajolet A. Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. 2008 avr p. 91.

14. France, Gouvernement. Code de la santé publique - Article R4127-99. Code de la santé publique aout, 2004.

15. Saïas T, Clavel C, Dugravier R, Bonnard A, Bodard J. Les interventions à domicile en Protection maternelle et infantile. Résultats d'une étude nationale [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=SPUB_185_0477

16. Haute Autorité de Santé, Agence Nationale d'écréditation et d'évaluation en Santé (ANAES). Comment évaluer a priori un programme de dépistage ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2004 [cité 28 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_433375/fr/comment-evaluer-a-priori-un-programme-de-depistage

17. Rist S, Barthet-Derrien DM-S, Métropole L. Rapport relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans. mars 2019;66.

18. Stats ATIH. Indicateurs de santé périnatale [Internet]. [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale

19. HCSP. La place des offreurs de soins dans la prévention [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2018 juin [cité 17 janv 2020] p. 83. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=689

20. France, Gouvernement. Code de la santé publique - Article L2112-1. Code de la santé publique janv 19, 2018.

21. Wilson JMG, Jungner G, Organization WH. Principes et pratique du dépistage des maladies [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 1970 [cité 29 janv 2020]. 182 p. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/41503

22. Dépistage et prévention [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2006 [cité 28 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_410171/fr/depistage-et-prevention

23. BOIS C, Milcent K, Dufourg M-N, Charles M-A. Bilan de Santé des Enfants de 3-4 ANS en Ecole Maternelle par la Protection Maternelle et Infantile en 2014-2016 : Disparités départementales des pratiques. 14 janv 2020;(Bulletin épidémiologique n°1):p9-17.

24. Santé Publique France (SPF). Les besoins fondamentaux de l'enfant. Santé En Action N° 447. 1 mars 2019;(447):52.

25. Dr Martin-Blachais M-P. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. Ministère des Familles, de l'Enfance et du droit des femmes; 2017 févr p. 123.

26. Wild CP. The exposome: from concept to utility. Int J Epidemiol. 1 févr 2012;41(1):24-32.

27. Siroux V, Agier L, Slama R. The exposome concept: a challenge and a potential driver for environmental health research. Eur Respir Rev. juin 2016;25(140):124-9.

28. France, Gouvernement. Code de la santé publique - Article L1411-1. Code de la santé publique juill 27, 2019.

29. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Plan national santé environnement (PNSE3) 2015-2019 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/les-plans-nationaux-sante-environnement/article/plan-national-sante-environnement-pnse3-2015-2019

30. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Plan national Santé-Environnement 4 (PNSE 4), « Mon environnement, ma santé » (2020-2024) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/les-plans-nationaux-sante-environnement/article/plan-national-sante-environnement-4-pnse-4-mon-environnement-ma-sante-2020-2024

31. Wadhwa PD, Buss C, Entringer S, Swanson JM. Developmental Origins of Health and Disease: Brief History of the Approach and Current Focus on Epigenetic Mechanisms. Semin Reprod Med. sept 2009;27(5):358-68.

32. DICOM_Audrey.H, DICOM_Audrey.H. Les 1000 premiers jours, qu'est-ce que c'est ? [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 15 janv 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/1000jours/article/les-1000-premiers-jours-qu-est-ce-que-c-est

33. [Dossier] Les 1000 jours, de la conception à 2 ans - ANEP France - Education Prénatale [Internet]. [cité 10 janv 2020]. Disponible sur: http://www.anep-france.org/2017/07/07/dossier-1000-jours-de-conception-a-2-ans/

34. Santé Publique France (SPF). L'étude PANJO [Internet]. 2019 [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: /la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/les-1000-premiers-jours/l-etude-panjo

35. Code de l'action sociale et des familles (France). Chapitre Ier : Service de l'aide sociale à l'enfance.- Article L221-1. Code de l'action sociale et des familles août 6, 2018.

36. Muñoz JC, Revil H, Richez C. Diagnostic de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon-Monographie de l'Aude. ODENORE. mars 2016;83.

37. Francione R, Bissonnier C. La démographie médicale en Languedoc-Roussillon- situation en 2015. Cons Natl Ordre Médecins. 2015;69.

38. Alla F. La prévention dans les soins. adsp n° 83 - Prévention et santé publique [Internet]. La documentation française du HCSP. juin 2013 [cité 20 janv 2020]; Disponible sur: https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=133

39. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Dossier complet − Département de l'Aude (11) [Internet]. 2020 [cité 21 févr 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-11

40. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). 365 478 habitants dans l'Aude - Insee Flash Occitanie - 22 [Internet]. 2017 [cité 1 févr 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2533416

41. Santé sexuelle en Occitanie. Baromètre santé 2016 [Internet]. 2018 juin [cité 26 févr 2020] p. 58. Disponible sur: https://creaiors-occitanie.fr/sante-sexuelle-en-occitanie-barometre-sante-2016/

42. Observatoire Régional de la Santé Midi-Pyrénées (ORSMP). 2016 Profils santé QPV CARCASSONNE / Etudes et publications / Documentation / Accueil CREAI-ORS LR - Tél. 04 67 69 25 03 - CREAI LANGUEDOC ROUSSILLON [Internet]. 2016 [cité 12 avr 2018]. Disponible sur: http://www.creaiorslr.fr/Documentation/Etudes-et-publications/2016-Profils-sante-QPV-CARCASSONNE

43. Observatoire Régional de la Santé Midi-Pyrénées (ORSMP). 2016 Profils santé QPV NARBONNE / Etudes et publications / Documentation / Accueil CREAI-ORS LR - Tél. 04 67 69 25 03 - CREAI LANGUEDOC ROUSSILLON [Internet]. 2016 [cité 12 avr 2018]. Disponible sur: http://www.creaiorslr.fr/Documentation/Etudes-et-publications/2016-Profils-sante-QPV-NARBONNE

44. Observatoire Régional de la Santé Midi-Pyrénées (ORSMP). 2016 Profils santé QPV LEZIGNAN CORBIERES / Etudes et publications / Documentation / Accueil CREAI-ORS LR - Tél. 04 67 69 25 03 - CREAI LANGUEDOC ROUSSILLON [Internet]. 2016 [cité 23 avr 2018]. Disponible sur: http://www.creaiorslr.fr/Documentation/Etudes-et-publications/2016-Profils-sante-QPV-LEZIGNAN-CORBIERES

45. Observatoire Régional de la Santé Midi-Pyrénées (ORSMP). 2016 Profils santé QPV LIMOUX / Etudes et publications / Documentation / Accueil CREAI-ORS LR - Tél. 04 67 69 25 03 - CREAI LANGUEDOC ROUSSILLON [Internet]. 2016 [cité 23 avr 2018]. Disponible sur: http://www.creaiorslr.fr/Documentation/Etudes-et-publications/2016-Profils-sante-QPV-LIMOUX

46. Géoconfluences. La nouvelle géographie prioritaire de la ville : les 1 300 quartiers — Géoconfluences [Internet]. 2014 [cité 1 févr 2019]. Disponible sur: http://geoconfluences.ens-lyon.fr/actualites/veille/la-nouvelle-geographie-prioritaire-de-la-villes-les-1-300-quartiers

47. La pauvreté en Languedoc-Roussillon : à territoires différents, fragilités différentes - Insee Analyses Languedoc-Roussillon - 5 [Internet]. [cité 10 avr 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285581

48. Taux de pauvreté selon l'âge du référent fiscal en 2017 | Insee [Internet]. 2020 [cité 27 janv 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012803

49. Dadoun C. La pauvreté en Languedoc-Roussillon : à territoires différents, fragilités différentes - Insee Analyses Languedoc-Roussillon - 5 [Internet]. Institut Nationale de Statistique et d'Etude Economique (INSEE); 2014 [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285581

50. Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL). Lutter contre l'habitat indigne : le repérage des situation, Mode d'emploi [Internet]. Gouvernement.fr. 2014 [cité 26 avr 2018]. Disponible sur: http://www.gouvernement.fr/publications-documents-de-la-dihal

51. Préfecture de l'AUDE. Atlas de l'Aude [Internet]. 2017 [cité 26 avr 2018]. Disponible sur: http://www.aude.gouv.fr/atlas-de-l-aude-a7822.html

52. Préfecture de l'Aude. Réunion du Pôle Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne ou très dégradés du 20 février 2013 en Préfecture. [Internet]. 2013 [cité 23 avr 2018]. Disponible sur: http://www.aude.gouv.fr/reunion-du-pole-departemental-de-lutte-contre-l-a5123.html

53. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Dossier complet − Département de l'Aude (11) | Insee [Internet]. 2018 [cité 5 avr 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-11

54. Monnet E. Evaluation des programmes et des politiques de santé - Cours Master 2 IPS - 2018/19. Université de Lorraine; 2011.

55. Floris L, Irion O, Bonnet J, Mercier M-PP, de Labrusse C. Comprehensive maternity support and shared care in Switzerland: Comparison of levels of satisfaction. Women Birth. avr 2018;31(2):124-33.

56. Guichard A, Hebert C, Nour K, Lafontaine G, Tardieu E, Ridde V. Adaptation and conditions of use of a health equity tool: the Reflex-ISS tool. Sante Publique (Bucur). juin 2018;30:S121-30.

57. Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) (novembre 2005). Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 juin 2006;34(6):540-63.

58. Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 nov 2005;33(11):926-48.

59. Hascoët J-M, Petitprez K. Sortie de maternité : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Mise à jour des recommandations de la Haute Autorité de santé. Arch Pédiatrie. 1 sept 2014;21(9):1053-9.

60. Colson S. La consultation de la puéricultrice, de la théorie à la pratique. Cah Puéricultrice. janv 2014;51(273):12-6.

61. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayral AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: A prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. Pediatrics. févr 2005;115(2):E139-46.

62. Convers M. Utilisation du score Épices pour repérer la précarité et optimiser la prise en charge de la grossesse. Rev Sage-Femme. 1 févr 2010;9(1):3-9.

63. Tessier V, Leroux S, Guseva-Canu I. Mortalité maternelle chez les femmes en situation de précarité. Résultats de l'ENCMM, France 2010–2012. Mortal Matern En Fr Rapp Enq Natl Confidentielle Sur Période 2010-2012. 1 janv 2018;4(1):116-22.

64. Cotte C, Chauleur C, Trombert B, Lavaire D, Bois C, Patural H. La liaison hôpital–PMI dans la Loire : état des lieux et optimisation. J Pédiatrie Puériculture. 1 avr 2014;27(2):62-7.

65. Brugier C, Morel O, Ricbourg A, Bréchat P-H, Gayat E, Barranger E. Impact de la précarité sur la qualité du dépistage anténatal : expérience de l'hôpital Lariboisière à Paris. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 sept 2012;41(5):454-9.

66. Hassler P, Riquet S, D'Ercole C, Boubli L, Carcopino X. Évaluation de la prise en charge de la précarité dans une maternité de niveau III. Wwwem-Premiumcomdatarevues16340760v14i113S1634076015000086 [Internet]. 12 mars 2015 [cité 17 janv 2019]; Disponible sur: https://www-em-premium-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/961216/resultatrecherche/40

67. Ribagnac N. La prise en charge des grossesses à risque psychosocial dans la Vienne : Bilan à 1 an d'un protocole de prévention innovant [Internet] [Médecine]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2014 [cité 17 janv 2019]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2014_RIBAGNAC_NATHALIE.pdf

68. Du Mazaubrun C, Garel M, Ancel P-Y, Supernant K, Blondel B. Difficultés de suivi d'une cohorte d'enfants nés grands prématurés : EPIPAGE Paris–Petite-Couronne. Arch Pédiatrie. 1 sept 2006;13(9):1202-8.

69. Petit-Carrié S, Salamon M, Maurice Tison S, Poisot C, Bouzigon E, Stessin C. Les bilans de santé des enfants de 3–4 ans : résultats des dépistages réalisés en 1999 par les médecins du service de protection maternelle et infantile de Gironde. Arch Pédiatrie. 1 juin 2001;8(6):588-97.

70. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. Rev Sage-Femme. 1 juin 2012;11(3):128-43.

71. Bois C, Guillemot G. Inégalités sociales de santé à quatre ans dans les Hauts-de-Seine (France). Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 juin 2013;61:S47-59.

72. Bois C, Binot MC, Jonqua F, Mouret MF, Guillemot G, Bremond-Gignac D. Dépistage précoce des troubles visuels : expérience du service départemental de la Protection maternelle et infantile dans les Hauts-de-Seine. J Fr Ophtalmol. 1 nov 2009;32(9):629-39.

73. Aernout EM, Carpentier S. Connaissance de l'entretien prénatal précoce chez les femmes venant d'accoucher : étude transversale en 2011 dans la métropole lilloise (France). J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 avr 2016;45(4):337-42.

74. Bois C, Guillemot G. Bilans de santé à 3–4 ans dans le département des Hauts-de-Seine (France) : résultats et perspectives. Wwwem-Premiumcomdatarevues0929693Xv17i3S0929693X09005193 [Internet]. 8 mars 2010 [cité 17 janv 2019]; Disponible sur: https://www-em-premium-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/245266/resultatrecherche/7

75. Dugravier R, Saïas T. Les enseignements du projet Panjo. Wwwem-Premiumcomdatarevues00079820v52i291S0007982015001918 [Internet]. 14 nov 2015 [cité 17 janv

2019]; Disponible sur: https://www-em-premium-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/1014532/resultatrecherche/49

76. Bouhamam N, Laporte R, Boutin A, Uters M, Bremond V, Noel G, et al. Précarité, couverture sociale et couverture vaccinale : enquête chez les enfants consultant aux urgences pédiatriques. Arch Pédiatrie. mars 2012;19(3):242-7.

77. Barot D, Carret A-S, Bonhomme C, Perrier S, Farhi D. bilans de santé recherche-action sur les bilans de santé des enfants de 3 et 4 ans réalisés par la protection maternelle et infantile dans les écoles maternelles de la somme. J Pédiatrie Puériculture. 1 févr 2003;16(1):4-11.

78. Peyronnet S, Garnier M-O. Dépistage des troubles sensoriels et du développement en école maternelle par le service de protection maternelle et infantile dans le département du Vaucluse : résultats, orientations, limites. Arch Pédiatrie. 1 nov 2011;18(11):1148-53.

79. Saïas T, Delawarde C, Colson S, Planche M, Vallée V, du Roscoät E, et al. Le projet Panjo, de l'expérimentation scientifique à l'implantation dans les services publics. Rev Francoph Int Rech Infirm. 1 déc 2016;2(4):232-41.

80. Sommelet D. La sante des enfants et des adolescents en France. J Pédiatrie Puériculture. 1 juin 2008;21(3):144-51.

81. Saïas T, Delawarde C, Briffault X. De la réaction à la transformation sociale : une analyse discursive des publications du collectif Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 juill 2015;173(6):481-7.

82. Roussey M, Morellec J, Sénécal J. Certificats de santé de la première enfance et bilans de santé en école maternelle : des outils au service de la promotion de la santé d'une collectivité. Arch Pédiatrie. juin 2005;12(6):744-6.

83. Letrécher M. La mise à profit des compétences des sages-femmes de Protection Maternelle et Infantile en Basse-Normandie [Internet] [Mémoire Sage-femme]. Caen Base-Normandie, Ecole de Sages-femmes de Caen; 2016. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01329473

84. Saïas T, Clavel C, Dugravier R, Bonnard A, Bodard J. Les interventions à domicile en Protection maternelle et infantile. Résultats d'une étude nationale. Sante Publique (Bucur). 7 nov 2018;Vol. 30(4):477-87.

85. Lucas H. Analyse des attentes des usagers des consultations du service de Protection Maternelle et Infantile de Meurthe et Moselle : Sont-elles en adéquation avec les représentations des professionnels de santé? [Internet] [Médecine]. de Lorraine; 2013 [cité 17 janv 2019]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2013_LUCAS_HELENE.pdf

86. Andlauer L. Suivi de santé des enfants de moins de 6 ans par les services de protection de l'enfance de Meurthe-et-Moselle : état des lieux et perspectives [Internet] [Médecine]. de Lorraine; 2015 [cité 17 janv 2019]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2015_ANDLAUER_LEA.pdf

87. Branger B, Rouger V, Beucher A, Bouderlique C, Blayo S, Le Mauff E, et al. Satisfaction des parents dans le réseau de suivi des prématurés et des enfants à risques « Grandir ensemble » des Pays-de-la-Loire. Arch Pédiatrie. 1 oct 2010;17(10):1406-15.

88. Michaud C, Sannino N, Duboudin C, Baudier F, Guillin C, Billondeau C, et al. Cadre logique du projet régional de santé de Franche-Comté : Intérêts et limites pour la démarche d'évaluation. Sante Publique (Bucur). août 2014;26(4):469-74.

89. Serfaty A, Gold F, Benifla J-L, Breart G. Le réseau périnatal de l'Est parisien (2008–2010). Définition de la population concernée pour évaluer les besoins à couvrir par le réseau. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. avr 2010;58(2):127-38.

90. Gamet M-L. Une cellule départementale d'accompagnement du développement de la sexualité. Sexologies. 1 janv 2009;18(1):60-74.

91. Vandevoorde J, Laurens C, Bailo F, Fleurance D, Anezo-Boucher M, Malavolti V. Test de faisabilité et premiers éléments de validation psychométrique du Référentiel d'évaluation de l'enfance en danger (REED). Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1 mars 2016;64(2):113-24.

92. Lejeune C. Précarité et prématurité. J Pédiatrie Puériculture. 1 déc 2008;21(8):344-8.

93. Danel P. Quand l'évolution de notre société fragilise la construction parentale : impacts sur la santé de l'enfant. Congrès Société Fr Pédiatrie L'Association Pédiatres Lang Fr APLF. 1 juin 2009;16(6):901-3.

94. Suesser P. Pratiques et enjeux de la prévention en petite enfance. Arch Pédiatrie. 1 mai 2013;20(5, Supplement 1):H23-4.

95. Roussey M. Les principes et l'organisation du dépistage néonatal en France. Arch Pédiatrie. 1 juin 2008;15(5):734-7.

96. Barot D. Les certificats de santé : un outil pour l'action. Congrès Natl Société Francaise Pédiatrie. 1 juin 2005;12(6):747-9.

97. Satger A. Construire une mère Le rôle de la PMI. Congrès Sociétés Pédiatrie Lyon 22-24 Mai 2014. 1 mai 2014;21(5, Supplement 1):128-9.

98. Blondel B, Bréart G. Mortinatalité et mortalité néonatale. EMC - Pédiatrie. 1 févr 2004;1(1):97-108.

99. Pr Roussey, M., Pr Huet, F, Pr Sarles, J. Colloque « 40 ans de dépistage néonatal » AFDPHE - 10 janvier 2013. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. J Pédiatrie Puériculture. 1 avr 2013;26(2):119-28.

100. Mahieu-Caputo D. Prise en charge des femmes enceintes et nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale : faut-il une prise en charge spécifique ? Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 févr 2010;38(2):83-91.

101. Sellenet C. Du domicile protégé au domicile investi par l'action publique. Cah Puéricultrice. nov 2018;55(321):14-7.

102. Battut A. Femmes enceintes en situation de grande précarité, quelle prise en charge ? Wwwem-Premiumcomdatarevues163407600007006610 [Internet]. 20 oct 2008 [cité 17 janv 2019]; Disponible sur: https://www-em-premium-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/185954/resultatrecherche/69

103. Le Foll J. Le soutien à la parentalité des familles à problèmes multiples. Soins PédiatriePuériculture. mai 2015;36(284):12-4.

104. Cadart M-L. Les crèches dans un réseau de prévention précoce. J Pédiatrie Puériculture. 1 juill 2009;22(4):197-201.

105. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. Suivi du premature, de grandes disparites regionales ? J Pédiatrie Puériculture. 1 juill 2008;21(4):173-5.

106. Pâris A. La sante de l'enfant et de l'adolescent : une priorite du systeme de sante. J Pédiatrie Puériculture. 1 août 2008;21(5):247-56.

107. CRESCENDOC (réseau documentaire de promotion de la santé. Promouvoir la santé en région Centre - Val de Loire cinq jours ensemble !- La Charte d'Ottawa [Internet]. 2016 [cité 7 mai 2020]. Disponible sur: https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2017-12/CPS%20-%20biblio-Ottawa.pdf

108. Dugravier R, Saïas T. Les enseignements du projet Panjo. /data/revues/00079820/v52i291/S0007982015001918/ [Internet]. 14 nov 2015 [cité 14 janv 2019]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/1014532

109. HCSP. Liste des indicateurs de résultats et d'impact de la stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2019 févr [cité 24 janv 2020]. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=718

110. Santé M des S et de la. Pacte pour l'enfance [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 23 janv 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/

111. Institut Renaudot. Périnatalité : agir avec les femmes [Internet]. les cahiers de l'institut-Chronique Social-Cahier n°1; 2017 [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: https://www.institut-renaudot.fr/download/Cahier-1.pdf

112. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Whorld Hearth Oraganisation Eur. 2006;149.

113. Haute Autorité de Santé. projet de grossesse informations messages de prevention examens à proposer - fiche de synthese [Internet]. 2009 [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_fiche_de_synthese.pdf

114. Benbassa A. Mortalité Maternelle dans le Monde. Ministère Aff Etrangères Eur. 2008;24.

115. Service Public (France). Grossesse : examens médicaux [Internet]. 2019 [cité 28 janv 2020]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F963

116. Join-lambert H. cdr_cref - DEFINITION DU CHAMP : l'éducation familiale [Internet]. cdr_cref. 2017 [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: https://cref.parisnanterre.fr/axes/education-familiale-et-interventions-sociales-en-direction-des-familles/definition-du-champ-223541.kjsp?RH=CREF+-EDFAM

117. Durning P. Familles-Performances et Métamorphoses-Qu'est-ce que l'éducation familiale ? [Internet]. Editions Sciences Humaines. Editions Sciences Humaines; 2002 [cité 3 févr 2020]. pages 165-174. (Synthèse). Disponible sur: https://www.cairn.info/familles--9782912601162-page-165.htm

118. Code de l'action sociale et des familles (France). Chapitre VI : Protection des mineurs en danger et recueil des informations préoccupantes. - Article L226-1 [Internet]. mars 6, 2007. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=5C358D20458D4AB476F2EBB951B590FD.tplgfr27s_3?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796879&dateTexte=20200205&categorieLien=cid#LEGIARTI000006796879

119. Code de la sécurité sociale (France). Chapitre 2 : Dispositions relatives au cumul avec d'autres prestations - Article L532-2 [Internet]. févr 5, 2020. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006156383&cidTexte=LEGITEXT000006073189

120. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Définition - Quartiers prioritaires de la politique de la ville | Insee [Internet]. [cité 15 mai 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2114

121. Lamy C, Alexander S. L'Organisation mondiale de la santé recommande un enregistrement des données sur les césariennes adapté pour utiliser la classification de Robson en routine. /data/revues/03682315/v44i7/S0368231515001660/ [Internet]. 19 août 2015 [cité 7 févr 2020]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/994967

122. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne [Internet]. 2014 [cité 7 févr 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15,02_fre.pdf.;jsessionid=2911AEFACCC198D84A5E9D2D3403EB9C?sequence=1

9-Annexes

Listes des annexes :

Annexe 1 : Tableau 1 - Organisation de la démarche évaluative en 3 étapes ……**50**
Annexe 2- Tableau 2 - Synthèse des Indicateurs à fournir Annuellement à la DREES……..**51**
Annexe 3 – Tableau 3 - Données DREES 2017 pour la PMI de l'Aude……**52**
Annexe 4- Les CMS de l'Aude et leurs désertes ……...**53**
Annexe 5 – Quartiers prioritaires……...**54**
Annexe 6 – élaboration de l'équation de recherche pour la revue littéraire……...**55**
Annexe 7 – demande auprès des chefs de service de PMI des autres départements ……**62**
Annexe 8- Tableau 5 - Principales recommandations émises par les auteurs 51 articles de la revue littéraire selon le type de documents ……**63**
Annexe 9- Tableau 6 – Présentation des 13 Résultats des demandes d'informations sur les modalités évaluatives des missions PMI auprès des services de PMI départementaux français reçu entre le 21 mars et le 11 juin 2019 (N=101)
……..……**82**

Annexe 1 : Tableau 1 : Organisation de la démarche évaluative en 3 étapes(54)

Etape 1 Préparation des travaux	**Clarification de la commande** Vision commune de l'évaluation, périmètre, objectifs et démarche par rapport à un guide clair pour tous : connaitre les attentes pour une **évaluation** interne à visée formative lorsqu'elle sera effectuée en routine car l'on souhaite pouvoir améliorer les pratiques professionnelles. On la voudra également participative, car l'opinion des bénéficiaires de l'intervention sera systématiquement recueillie. Elle sera également sommative puisque l'ensemble des évaluations des interventions fera l'objet de rapport annuel. **Plan type du cahier**	**Cahier des charges** **La mission de stage est de préparer la démarche en retenant les critères et en définissant les outils pour cadrer les évaluations**
	Choix du questionnement	
	Désignation de l'évaluateur Le médecin chef de PMI coordonne l'ensemble des évaluations, Chaque médecin de CMS coordonne les évaluations dans son centre.	
Etape 2 Réalisation des travaux	**Choix de la stratégie**	**Protocoles et référentiel**
	Collecte des données	
	Analyse et synthèse Les résultats des évaluations intermédiaires doivent être discuté en équipe avec les acteurs concernés par l'intervention évalué. Lorsque l'intervention est menés dans plusieurs CMS, il est préconiser de prendre des décisions communes en vue de l'amélioration dans la réalisation de l'action.	
Etape 3 Evaluation	**Discussion des résultats**	**Rapport et communication**
	Jugements et rédaction des résultats des commandes	

Annexe 2- Tableau 2-Synthèse des Indicateurs à fournir Annuellement à la DREES

Concernant les activités de	Catégories	Indicateurs d'activités et d'effectifs
La planification familiale **Norme imposée :** douze ½ journée organisée mini par semaine répartie entre planification familiale et éducation pour la santé	- Utilisation des points de consultation - **Actions** : Types de consultations : contraception, IVG ou autre motif - **Entretiens** : conseil conjugal, planification, les 2	- Nbre fixe (en centre PMI), - Nbre Itinérante (bus) - Nbre séances offertes - Nbre consultations par types - Nbre de personnes vues - Nbre d'entretiens par catégorie - Nbre de personnes vues
les consultations des femmes enceintes **Norme imposée :** 4 demi-journées obligatoires pour 100 000 hbts de [15-50] ans résidants dans le département	- Localisation des Consultations prénatales et postnatales - actions prénatales, - actions postnatales,	- Nbre de consultations fixes, - Nbre de consultations itinérantes (bus) - Nbre total d'actions/an dont : • nbre de séances offertes, nbre de consultations, • nbre de consultations avec un médecin puis avec une sage-femme. - Nbre de VAD - Nbre entretien du 4ème mois, - Nbre de séance d'actions collectives
les enfants de moins de 6 ans	- Localisation des Consultations - Actions -BSEM	- Nbre de consultations fixes, - Nbre de consultations itinérantes (bus) - Nbre séances offertes - Nbre consultations - Nbre consultations avec un médecin - Nbre consultations avec un infirmier puériculteur, - Nbre d'enfants vues par un puériculteur - Nbre de VAD dont le motif est l'enfant - Nbre total d'enfants vues - Nbre séances d'actions collectives - Nbre d'enfants dépistés - Nbre de bilans de santé, - Nbre de dépistage : vue, audition et trouble du langage, - Nbre d'examens cliniques
A titre indicatif, puisqu'ils ne sont pas inclus dans la réflexion : **les assistants maternels (AM)** **les établissements et services d'accueil des enfants < 6ans**	- Exclusivement Relais d'Assistants Maternels (RAM), - mix RAM/Relais d'assistants Parentaux (RAP), - Exclusivement RAP - Formation initiale - Formation obligatoire --- - Etablissement d'accueil collectif par catégorie (mono-accueil, multi-accueil)	Nbre de chaque --- - Nbre d'heures et coût total - Nbre de AM ayant reçu une formation dans l'année (nbre en interne, nbre en externe, nbre en interne + externe) --- - Nbre d'établissement dans chaque catégorie, - Nbre de places (capacité), - Nbre d'enfants fréquentant les établissements dans chaque catégorie, - Nbre de services,

	- Accueil familial, - Multi-accueil : collectif ou familial	- Nbre d'AM, - Capacité d'accueil, - Nbre d'enfants accueillis

NB : les catégories et indicateurs sont énoncés ainsi par la DREES. Ce tableau est une synthèse car le questionnaire de recueil comprend une 20ène de pages.

Annexe 3 – Tableau 3-Données DREES 2017 pour la PMI de l'Aude

Il s'agit de données brutes correspondantes au questionnaire relevé annuellement auprès de toutes les PMI et fournies par les conseils départementaux à la DREES. Il s'agit d'un extrait des données concernant l'Aude, car elles sont réparties sur un ensemble de tableaux Excel pour chaque département.

Descriptif	
Personnel PMI	**81**
- Médecin (dont 3 vacataires)	21
- Sages-femmes	9
- Puéricultrices	27
- Infirmières	9
- Auxiliaires puéricultrice	0
- Conseillers conjugaux	2
- Psychologues	2
- Educateurs	0
- Administratifs	11
Nombre points de consultation :	**38**
- Utilisés pour les consultations pré et postnatales de la (future) mère	10
- Utilisés pour les consultations infantiles	37
- Utilisés pour les consultations de planifications familiales	7
-	
Nombre de bus itinérants	**1**
- Utilisés pour les consultations pré et postnatales de la (future) mère	0
- Utilisés pour les consultations infantiles	13
- Utilisés pour les consultations de planifications familiales	0
Nombre d'action à dimension collective	**720**
A destination des (futures) mère	**439**
- Pré et postnatales	285
- Préparation à la naissance	154
A destination de l'enfants	**101**
A destination de la planification familiale ou éducation familiale	**180**
- Dont en milieu scolaire	167
Actions prénatales et postnatales en faveur des (futures) mères	
Nombre de séances	470
Nombre d'examens cliniques	1 716
- Nombre de femmes ayant bénéficié d'au moins un examen clinique	18
Nombre de VAD	2 119
- Nombre de femmes concernées par les VAD	696
Nombre de femmes ayant bénéficiées d'un entretien du 4ème mois	253
Actions en faveur des enfants	
Nombre de séances	**720**
Nombre d'examens cliniques	**1 393**
- Nombre d'enfants ayant bénéficié d'au moins un examen clinique	1 350
Nombre total d'actions de puéricultrice ou IDE	**1 516**
- Nombre d'enfants ayant bénéficié d'au moins une action de puéricultrice ou IDE	747
Nombre de VAD effectives dont le motif est l'enfant	**4 429**

- Nombre d'enfants ayant bénéficié d'au moins une VAD	2 073
Nombre d'enfants de 3-4 ans ayant bénéficiés d'un bilan de santé (BSEM)	**2 770**
- Nombre d'enfants ayant bénéficié d'au moins :	
o Un dépistage visuel	1 941
o Un dépistage auditif	2 412
o Un dépistage du trouble du langage	2 334
o Un examen clinique hors bilan	1 767
Planification familiale et éducation familiale	
Nombre de séances	**496**
Nombre d'examens clinique dans le cadre des séances	2 678
- Dont mineurs	671
Nombre d'examens clinique :	
- Dont le motif est la contraception	1 647
o Dont mineurs	543
- Dont le motif est une IVG	331
o Dont mineurs	27
- Autres motifs	1 172
Nombre d'entretien conjugal ou planification familiale	**475**
- Dont mineurs	NR
- Pour conseil conjugal	102
- Pour planification familiale	373
Nombre de personnes ayant bénéficiées d'au moins un examen clinique	**2 602**
- Dont mineurs	671
Nombre de personnes ayant bénéficiées d'au moins un entretien conjugal ou de planification	NR
- Dont mineurs	122

Annexe 4- Les CMS de l'Aude et leurs désertes :

Pour l'ouest Audois 5 :

- **CMS Carcassonne Est** + 2 dessertes : 1 sur le quartier prioritaire La Conte et 1 à Trèbes
- **CMS Carcassonne centre** + 1 desserte à Rieux Minervois
- **CMS Carcassonne Ouest** + 1 desserte au quartier Farancole
- **CMS Limoux Quillan** : 2 CMS dont un à Quillan et l'autre à Limoux + 1 desserte par le bus itinérant à Couiza,
- **CMS Castelnaudary** : 1 desserte à Saissac + 1 desserte par le bus itinérant à Bram,

Pour l'est Audois 5 :

- **CMS Narbonne ouest** + 1 desserte quartier St Jean St Pierre
- **CMS Coursan** + 2 dessertes sur Narbonne
- **CMS Narbonne littoral** + 3 dessertes : 1 à Port-la-Nouvelle et 2 dessertes par le bus itinérant à Caves et Port Leucate
- **CMS Sigean**
- **CMS Lézignan** + 4 dessertes : 1 à Ginestas, 1 à Escouto Can Plaou + + 2 par le bus itinérant à Villesèque et Tuchan,



Annexe 5 – Quartiers prioritaires

Définition des quartiers prioritaires de la politique de la ville : « ce sont des territoires d'intervention du ministère de la Ville, définis par la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014. Leur liste et leurs contours ont été élaborés par le Commissariat général à l'égalité des territoires. En métropole, en Martinique et à la Réunion, ils ont été identifiés selon un critère unique, celui du revenu par habitants. L'identification des quartiers prioritaires a été réalisée à partir des données carroyées de l'Insee (source : RFL 2011). Dans les autres départements d'Outre-Mer, l'identification s'est faite à partir des données du Recensement à l'Iris. Une fois l'identification opérée, des échanges ont eu lieu avec les élus locaux afin de s'assurer de la cohérence du périmètre réglementaire du quartier prioritaire et, le cas échéant, l'ajuster. Les périmètres des QPV sont fixés par le décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014 pour la métropole et par le décret n° 2014-1751 du 30 décembre 2014 pour les départements et collectivités d'Outre-mer, rectifiés par le décret n°2015-1138 du 14 septembre 2015. »(120) Pour en savoir plus : sig.ville.gouv.fr ou onpv.fr

Annexe 6 –élaboration de l'équation de recherche pour la revue littéraire

MESH TERMS EXISTANTS DANS L'ARBORESCENCE	EXPRESSIONS RETENUES APRES TESTS dans les moteurs utilisant les MeSH terms
Child Protective Service / Child Welfare Agencies / Child Welfare Agency / Welfare Agency, Child /	Child Prospective service* OR Cild Welfare Agenc* OR
Maternal Child Health Services / Health Services, Maternal-Child / Health Service, Maternal-Child / Health Services, Maternal Child / Maternal-Child Health Service / Service, Maternal-Child Health / Services, Maternal-Child Health /	Maternal child Health Service OR Maternal-child Service* OR
Birthing Center / Center, Birthing / Centers, Birthing / Birth Centers / Birth Center / Center, Birth / Centers, Birth / Free Standing Birthing Center / Birth Center, Free Standing / Free-Standing Birth Centers / Birth Center, Free-Standing / Birth Centers, Free-Standing / Free Standing Birth Centers / Free-Standing Birth Center / Birthing Centers, Free-Standing / Birthing Center, Free-Standing / Birthing Centers, Free Standing / Free-Standing Birthing Center / Free-Standing Birthing Centers /	Birth* Center* OR Free standing birth center* OR Free-standing birth center* OR
Family Planning Service / Planning Service, Family / Planning Services, Family / Service, Family Planning / Services, Family Planning / Family Planning / Pregnancy, Planned / Planned Pregnancies / Pregnancies, Planned / Planned Pregnancy / Family Planning Programs / Family Planning Program / Program, Family Planning / Programs, Family Planning /	Family planning service* OR Pregnanc* Plan* OR Family Planning Program* OR
Planning, Health / State Health Planning, United States / Planning, Health and Welfare / Health and Welfare Planning / National Health Planning and Resources Development Act of 1974 / PL93-641 / Public Law 93-641 / Public Law 93 641	Planning health OR National Health planning OR health and welfare Planning OR
Family Planning Policies / Policies, Family Planning / Policy, Family Planning /Family Policy / Family Policies / Policies, Family / Policy, Family /	Family planning Polic* OR Family Polic* OR
Guideline, Health Planning / Guidelines, Health Planning / Health Planning Guideline / Planning Guideline, Health / Planning Guidelines, Health / Guidelines for Health Planning / Recommendations, Health Planning / Health Planning Recommendation / Health Planning Recommendations / Planning Recommendation, Health / Planning Recommendations, Health / Recommendation, Health Planning /	Health Planning Guideline OR health Planning Recommendation* OR
Policies, Public / Policy, Public / Public Policies / Population Policy / Policies, Population / Policy, Population / Population Policies / Social Protection / Protection, Social / Social Policy / Policies, Social / Policy, Social / Social Policies /	Public polic* OR Social Protection OR
Welfare, Social / Services, Community / Community Service / Service, Community / Community Services /	
Welfare, Child / Child Well Being / Well Being, Child / Child Well-Being / Well-Being, Child / Adolescent Welfare / Welfare, Adolescent / Adolescent Well-Being / Well-Being, Adolescent / Adolescent Well Being / Well Being, Adolescent /	Child Well being OR adolescent Welfare OR adolescent well being OR

Welfare, Infant / Welfare of Infants / Infants Welfare / Infant Well-Being / Infant Well Being / Well-Being, Infant / Newborn Infant Welfare / Welfare, Newborn Infant / Newborn Infant Well-Being / Infant Well-Being, Newborn / Newborn Infant Well Being / Well-Being, Newborn Infant / Welfare of Newborn Infants /	Infant* welfare OR newbore infant* well being OR welfaire of newborn infant* OR
Education, Sex / Family Planning Training / Training, Family Planning / Family Planning Education / Education, Family Planning / Family Planning Instructors / Family Planning Instructor / Instructor, Family Planning / Instructors, Family Planning /	Family planning training OR family planning instructor* OR Family planning education OR
Family Planning Personnel Evaluation /	Family planning personnel evaluation OR
Center, Information / Centers, Information / Information Center / Family Planning Information Centers /	
Family Planning Centers	Family Planning Center* OR
Health Services, Maternal / Health Service, Maternal / Maternal Health Service / Services, Maternal Health /	Maternal Health Service* OR
Child Services, Health / Health Services, Child / Child Health Service / Health Service, Child / Service, Child Health / Services, Child Health / Infant Health Services / Infant Services, Health / Health Services, Infant / Health Service, Infant / Infant Health Service / Service, Infant Health / Services, Infant Health /	Child Health Service* OR Infant Health Service* OR
Services, Adolescent Health / Adolescent Health Service / Health Service, Adolescent / Service, Adolescent Health / Health Services, Adolescent /	Adolescent health service* OR
Availability of Health Services / Health Services Availability / Accessibility, Health Services / Access to Health Care / Accessibility of Health Services / Health Services Geographic Accessibility / Program Accessibility / Accessibility, Program / Contraceptive Availability / Availability, Contraceptive /	Availabilité of health service* OR Access to health Care OR Accessibility of health service* OR program* accessibility OR contraceptive availability OR
Work, Social / Service, Social / Services, Social / Social Services / Social Service /	Social service* OR
Preventive Health Care / Care, Preventive Health / Health Care, Preventive / Services, Preventive Health / Preventive Health / Health, Preventive / Health Services, Preventive / Health Service, Preventive / Preventive Health Service / Service, Preventive Health / Preventive Health Programs / Health Program, Preventive / Health Programs, Preventive / Preventive Health Program / Program, Preventive Health / Programs, Preventive Health / Preventive Programs / Preventive Program / Program, Preventive / Programs, Preventive /	Preventive Health Care OR Preventive Health Service* OR Preventive Health Program* OR
Health Service, School / School Health Service / Service, School Health / School-Based Services / School Based Services / School-Based Service / Service, School-Based / Services, School-Based / Services, School Health / Health Services, School / School Health / Health, School / School Health Promotion / Health Promotion, School / Health Promotions, School / Promotion, School Health / Promotions, School Health / School Health Promotions /	School Health Service* OR School Health Promotion* OR

Health Service, Women's / Service, Women's Health / Women Health Services / Women's Health Service / Health Services, Woman's / Health Services, Woman / Health Services, Womans / Health Services, Women's / Health Services, Women / Services, Women's Health / Services, Women Health / Services, Womens Health / Services, Woman's Health / Health Service, Woman's / Service, Woman's Health / Services, Woman Health / Services, Womans Health / Woman's Health Service / Woman's Health Services / Woman Health Services /	Women Health Service* OR Health Service*, Women's OR
Health Program, National / Health Programs, National / National Health Program / Program, National Health / Programs, National Health / National Health Insurance / Health Insurance, National / Insurance, National Health / National Health Insurance, Non-U.S. / National Health Insurance, Non U.S. / Health Services, National / Health Service, National / National Health Service / Service, National Health / Services, National Health / National Health Services /	National Health Program* OR / National Health Insurance OR National Health Service*OR
Welfare, Social / Services, Community / Community Service / Service, Community / Community Services /	Community Service* OR
Managed Care Program / Program, Managed Care / Programs, Managed Care / Managed Health Care Insurance Plans / Managed Care / Care, Managed / Insurance Case Management / Case Management, Insurance / Management, Insurance Case /	Managed Care Program* OR Managed Health Care Insurance Plans OR Insurance Case Management OR Managed Care OR
Hospital Obstetrics and Gynecology Department / Obstetrics, Gynecology Department, Hospital / Obstetrics Department / Department, Obstetrics / Departments, Obstetrics / Obstetrics Departments / Obstetrics Department Hospital /	Obstetrics Department* OR
Care Survey, Health / Care Surveys, Health / Health Care Survey / Survey, Health Care / Surveys, Health Care / Healthcare Surveys / Healthcare Survey / Survey, Healthcare / Surveys, Healthcare / National Hospital Discharge Survey / National Ambulatory Medical Care Survey /	Health Care Survey* OR Healthcare Survey* OR National Ambulatory Medical Care Survey OR
Planning, Health / Planning, Health and Welfare / Health and Welfare Planning / National Health Planning and Resources Development	Health and Welfare Planning OR
Healthcare Delivery / Deliveries, Healthcare / Delivery, Healthcare / Delivery of Healthcare / Healthcare Deliveries / Health Care Delivery / Delivery, Health Care / Contraceptive Distribution / Contraceptive Distributions / Distribution, Contraceptive / Distributions, Contraceptive / Delivery of Dental Care / Dental Care Delivery / Delivery, Dental Care / Health Care / Care, Health / Healthcare / Health Care Systems / Health Care System / System, Health Care / Systems, Health Care / Healthcare Systems / Healthcare System / System, Healthcare / Systems, Healthcare / Nonclinical Distribution / Distributions, Nonclinical / Nonclinical Distributions / Distribution, Nonclinical / Distribution, Non-Clinical / Distribution, Non Clinical / Distributions, Non-Clinical / Non-Clinical Distributions / Non-Clinical Distribution / Non Clinical Distribution / Community-Based Distribution / Community Based Distribution / Community-Based Distributions / Distribution, Community-Based / Distributions, Community-Based / Distributional Activities / Activities, Distributional / Activity, Distributional / Distributional Activity /	Healthcare Deliver* OR Contraceptive Distribution* OR Health Care System* OR Nonclinical Distribution* OR
Evaluation, Program / Evaluations, Program / Program Evaluations / Program Sustainability / Program Sustainabilities /	Program Evaluation* OR Program Sustainabilit* OR Program

Sustainabilities, Program / Sustainability, Program / Program Effectiveness / Effectiveness, Program / Family Planning Program Evaluation / Program Appropriateness / Appropriateness, Program /	Effectiveness OR Family Planning Program Evaluation OR Program Appropriateness OR
Assessment, Process (Health Care) / Assessments, Process (Health Care) / Process Assessments (Health Care) / Assessment, Process / Assessments, Process / Process Assessment / Process Assessments / Process Measures / Measure, Process / Measures, Process / Process Measure /	Process Assessment* OR Process Measure* OR Process Assessments Health Care OR
Evaluation / Evaluations / Evaluation Indexes / Indexes, Evaluation / Evaluation Report / Evaluation Reports / Report, Evaluation / Reports, Evaluation / Use-Effectiveness / Use Effectiveness / Methodology, Evaluation / Evaluation Methodology / Evaluation Methodologies / Methodologies, Evaluation / Pre-Post Tests / Pre Post Tests / Pre-Post Test / Test, Pre-Post / Tests, Pre-Post / Qualitative Evaluation / Evaluation, Qualitative / Evaluations, Qualitative / Qualitative Evaluations / Quantitative Evaluation / Evaluation, Quantitative / Evaluations, Quantitative / Quantitative Evaluations / Theoretical Effectiveness / Effectiveness, Theoretical / Critique / Critiques / Evaluation Research / Research, Evaluation /	Evaluation* OR Evaluation Indexes OR Evaluation report* OR Use Effectiveness OR Evaluation Methodolog* OR Qualitive Evaluation* Quantitative Evaluation* OR Theoretical Effectiveness OR Critique* OR Evaluation Research OR
Outcome and Process Assessment / Structure Process Outcome Triad / Donabedian Model / Model, Donabedian / Donabedian Triad / Triad, Donabedian /	Donabedian Model OR Outcome and Process Assessment OR Donabedian Triad OR
Assessment, Outcome (Health Care) / Assessments, Outcome (Health Care) / Outcome Assessments (Health Care) / Outcomes Assessment / Assessment, Outcomes / Assessments, Outcomes / Outcomes Assessments / Outcomes Research / Research, Outcomes / Outcome Studies / Outcome Study / Studies, Outcome / Study, Outcome / Outcome Measures / Measure, Outcome / Measures, Outcome / Outcome Measure /	Outcome* Assessment* OR Outcome* Assessment* Health Care OR Outcome* Research OR Outcome* Stud* OR Outcomes Measures OR
Healthcare Quality, Access, and Evaluation /	Healthcare Quality, Access, and Evaluation OR
Health Status Indicator / Indicator, Health Status / Indicators, Health Status / Health Status Indexes / Indexes, Health Status / Health Status Index / Health Status Indices / Index, Health Status / Indices, Health Status / Health Risk Appraisal / Appraisal, Health Risk / Appraisals, Health Risk / Health Risk Appraisals / Risk Appraisal, Health / Risk Appraisals, Health /	Health Status Indicator* OR Health Status Index*OR Health Risk Appraisal* OR
Health Services Evaluation / Evaluation, Health Services / Evaluations, Health Services / Health Services Evaluations / Healthcare Research / Research, Healthcare / Research, Health Services / Research, Medical Care / Health Care Research / Research, Health Care / Medical Care Research / Action Research / Research, Action /	Health Services Evaluation*OR Health Care Research OR Research, Health Services OR
Health Social Determinant / Health Social Determinants /	Health Social Determinant*OR

Les différentes options ont été recherchées pour retenir l'équation la plus « productive ».

Montage de l'équation de recherche pour WoS et Cochrane

Child Prospective service* OR Cild Welfare Agenc* OR Maternal child Health Service OR Maternal-child Service* OR Birth* Center* OR Free standing birth center* OR Free-standing birth center* OR Family planning service* OR Pregnanc* Plan* OR Family Planning Program* OR Planning health OR National Health planning OR health and welfare Planning OR Family planning Polic* OR Family Polic* OR Child Well being OR adolescent Welfare OR adolescent well being OR Infant* welfare OR newbore infant* well being OR welfaire of newborn infant* OR Family planning training OR family planning instructor* OR Family planning education OR Family planning personnel evaluation OR Family Planning Center* OR Maternal Health Service* OR Child Health Service* OR Infant Health Service* OR Adolescent health service* OR Child Well being OR adolescent Welfare OR adolescent well being OR Infant* welfare OR newbore infant* well being OR welfaire of newborn infant* OR Family planning training OR family planning instructor* OR Family planning education OR Family planning personnel evaluation OR Family Planning Center* OR Maternal Health Service* OR Child Health Service* OR Infant Health Service* OR Adolescent health service*	**AND**	Health Planning Guideline OR health Planning Recommendation* OR Public polic* OR Social Protection OR Availabilité of health service* OR Access to health Care OR Accessibility of health service* OR program* accessibility OR contraceptive availability OR Preventive Health Care OR Preventive Health Service* OR Preventive Health Program* OR National Health Program* OR / National Health Insurance OR National Health Service*OR Managed Care Program* OR Managed Health Care Insurance Plans OR Insurance Case Management OR Managed Care OR Health Care Survey* OR Healthcare Survey* OR National Ambulatory Medical Care Survey OR Healthcare Deliver* OR Contraceptive Distribution* OR Health Care System* OR Nonclinical Distribution* OR Program Evaluation* OR Program Sustainabilit* OR Program Effectiveness OR Family Planning Program Evaluation OR Program Appropriateness OR Process Assessment* OR Process Measure* OR Process Assessments Health Care OR Evaluation* OR Evaluation Indexes OR Evaluation report* OR Use Effectiveness OR Evaluation Methodolog* OR Qualitive Evaluation* Quantitative Evaluation* OR Theoretical Effectiveness OR Critique* OR Evaluation Research OR Donabedian Model OR Outcome and Process Assessment OR Donabedian Triad OR Outcome* Assessment* OR Outcome* Assessment* Health Care OR Outcome* Research OR Outcome* Stud* OR Outcomes Measures OR Healthcare Quality, Access, and Evaluation OR Health Status Indicator* OR Health Status Index*OR Health Risk Appraisal* OR Health Services Evaluation*OR Health Care Research OR Research, Health Services OR Health Social Determinant*
AND France **OR** French		

Sur Web Of Science → 521 Résultats (from Web of Science Core Collection)

Equation de recherche avec inclusion des filtres

You searched for: TOPIC: (Child Prospective service* OR Cild Welfare Agenc* OR Maternal chile Health Service OR Maternal-child Service* OR Birth* Center* OR Free standing birth center* OR Free-standing birth center* OR Family planning service* OR Pregnanc* Plan* OR Family Planning Program* OR Planning health OR National Health planning OR health and welfare Planning OR Family planning Polic* OR Family Polic* OR Child Well being OR adolescent Welfare OR adolescent well being OR Infant* welfare OR newbore infant* well being OR welfaire of newborn infant* OR Family planning training OR family planning instructor* OR Family planning education OR Family planning personnel evaluation OR Family Planning Center* OR Maternal Health Service* OR Child Health Service* OR Infant Health Service* OR Adolescent health service* OR Child Well being OR adolescent Welfare OR adolescent well being OR Infant* welfare OR newbore infant* well being OR welfaire of newborn infant* OR Family planning training OR family planning instructor* OR Family planning education OR Family planning personnel evaluation OR Family Planning Center* OR Maternal Health Service* OR Child Health Service* OR Infant Health Service* OR Adolescent health service*) *AND* TOPIC: (Health Planning Guideline OR health Planning Recommendation* OR Public polic* OR Social Protection OR Availabilité of health service* OR Access to health Care OR Accessibility of health service* OR program* accessibility OR contraceptive availability OR Preventive Health Care OR Preventive Health Service* OR Preventive Health Program* OR National Health Program* OR / National Health Insurance OR National Health Service*OR Managed Care Program* OR Managed Health Care Insurance Plans OR Insurance Case Management OR Managed Care OR Health Care Survey* OR Healthcare Survey* OR National Ambulatory Medical Care Survey OR Healthcare Deliver* OR Contraceptive Distribution* OR Health Care System* OR Nonclinical Distribution* OR Program Evaluation* OR Program Sustainabilit* OR Program Effectiveness OR Family Planning Program Evaluation OR Program Appropriateness OR Process Assessment* OR Process Measure* OR Process Assessments Health Care OR Evaluation* OR Evaluation Indexes OR Evaluation report* OR Use Effectiveness OR Evaluation Methodolog* OR Qualitive Evaluation* Quantitative Evaluation* OR Theoretical Effectiveness OR Critique* OR Evaluation Research OR Donabedian Model OR Outcome and Process Assessment OR Donabedian Triad OR Outcome* Assessment* OR Outcome* Assessment* Health Care OR Outcome* Research OR Outcome* Stud* OR Outcomes Measures OR Healthcare Quality, Access, and Evaluation OR Health Status Indicator* OR Health Status Index*OR Health Risk Appraisal* OR Health Services Evaluation*OR Health Care Research OR Research, Health Services OR Health Social Determinant*) *AND* TOPIC: (France OR French)

Refined by: [excluding] **PUBLICATION YEARS:** (1996 OR 1995 OR 1994 OR 2000 OR 1993 OR 1999 OR 1992 OR 1998 OR 1991 OR 1997 OR 1990) AND [excluding] **LANGUAGES:** (GERMAN OR ITALIAN OR CZECH OR PORTUGUESE OR RUSSIAN OR ROMANIAN OR SPANISH OR CROATIAN OR TURKISH OR SLOVAK) AND [excluding] **RESEARCH AREAS:** (VETERINARY SCIENCES OR RADIOLOGY NUCLEAR MEDICINE MEDICAL IMAGING OR NEUROSCIENCES NEUROLOGY OR RHEUMATOLOGY OR DENTISTRY ORAL SURGERY MEDICINE OR LEGAL MEDICINE OR PHARMACOLOGY PHARMACY OR ONCOLOGY OR UROLOGY NEPHROLOGY OR AGRICULTURE OR TRANSPLANTATION OR MICROBIOLOGY OR DERMATOLOGY OR ANESTHESIOLOGY OR GERIATRICS GERONTOLOGY OR ALLERGY OR MATHEMATICAL COMPUTATIONAL BIOLOGY OR TROPICAL MEDICINE OR MATHEMATICS OR PHYSICS OR GENETICS HEREDITY OR WATER RESOURCES OR ENDOCRINOLOGY METABOLISM OR ZOOLOGY OR ACOUSTICS OR ARCHAEOLOGY OR CHEMISTRY OR ARCHITECTURE OR CONSTRUCTION BUILDING TECHNOLOGY OR EMERGENCY MEDICINE OR LINGUISTICS OR BIODIVERSITY CONSERVATION OR SURGERY OR ORTHOPEDICS OR BIOPHYSICS OR PATHOLOGY OR CELL BIOLOGY OR IMMUNOLOGY OR SPORT SCIENCES) AND [excluding] **ORGANIZATIONS-ENHANCED:** (UNICANCER) AND [excluding] **WEB OF SCIENCE CATEGORIES:** (CRIMINOLOGY PENOLOGY OR ENGINEERING ELECTRICAL ELECTRONIC OR PERIPHERAL VASCULAR DISEASE OR BUSINESS FINANCE OR BIOTECHNOLOGY APPLIED MICROBIOLOGY OR HOSPITALITY LEISURE SPORT TOURISM OR ECOLOGY OR HEMATOLOGY OR ENGINEERING MANUFACTURING OR RESPIRATORY SYSTEM OR FORESTRY OR GASTROENTEROLOGY HEPATOLOGY OR CARDIAC CARDIOVASCULAR SYSTEMS OR HISTORY PHILOSOPHY OF SCIENCE OR IMAGING SCIENCE

PHOTOGRAPHIC TECHNOLOGY OR INDUSTRIAL RELATIONS LABOR OR COMPUTER SCIENCE ARTIFICIAL INTELLIGENCE OR LITERATURE ROMANCE OR OTORHINOLARYNGOLOGY OR FOOD SCIENCE TECHNOLOGY OR GREEN SUSTAINABLE SCIENCE TECHNOLOGY OR THEATER) AND [excluding] **FUNDING AGENCIES:** (ANRS OR ANRS FRANCE RECHERCHE NORD SUD SIDA HIV HEPATITES OR ACADEMY OF SCIENCES OF THE CZECH REPUBLIC OR ACTELION PHARMACEUTICALS US INC OR INSTITUTO DE SALUD CARLOS III OR LIGUE CONTRE LE CANCER OR AUSTRALIAN PRIMARY HEALTH CARE RESEARCH INSTITUTE OR CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH RESEARCH CIHR OR AUSTRALIAN GOVERNMENT DEPARTMENT OF HEALTH OR AUSTRALIAN NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL NHMRC OR AUSTRALIAN RESEARCH COUNCIL S FUTURE FELLOWSHIP OR AUSTRALIAN ROTARY HEALTH RESEARCH FUND) AND [excluding] **WEB OF SCIENCE INDEX:** (WOS.ISTP OR WOS.BHCI OR WOS.ISSHP OR WOS.BSCI OR WOS.AHCI) AND [excluding] **COUNTRIES/REGIONS:** (CYPRUS OR PEOPLES R CHINA OR RUSSIA OR USA OR SAUDI ARABIA OR TUNISIA OR ENGLAND OR SERBIA OR UKRAINE OR TURKEY OR BENIN OR GERMANY OR CROATIA OR EGYPT OR ITALY OR CZECH REPUBLIC OR FR POLYNESIA OR ESTONIA OR GHANA OR SPAIN OR FRENCH GUIANA OR GUINEA OR NETHERLANDS OR ICELAND OR SWEDEN OR IRAN OR KENYA OR AUSTRALIA OR LITHUANIA OR MEXICO OR IRELAND OR POLAND OR NORTH IRELAND OR SCOTLAND OR PORTUGAL OR PAKISTAN OR BRAZIL OR ROMANIA OR QATAR OR NEW ZEALAND OR WALES OR REP OF GEORGIA OR SOUTH AFRICA OR ARGENTINA OR SENEGAL OR AUSTRIA OR BOSNIA HERCEG OR SOUTH KOREA OR GREECE OR BULGARIA OR SYRIA OR LUXEMBOURG OR CAMEROON OR TAIWAN OR DENMARK OR HUNGARY OR TANZANIA OR FINLAND OR LEBANON OR THAILAND OR ISRAEL OR MALTA OR U ARAB EMIRATES OR JAPAN OR MOZAMBIQUE OR VENEZUELA OR SLOVENIA)

Timespan: All years. **Indexes:** SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC.

Sur Cochrane → 191 résultats
Même équation de recherche que pour WoS

Sur BASE → 59 hits in 141,655,751 documents
Equation de recherche retenue :
"protection maternelle et infantile" AND France AND (référentiel OR évaluation OR Guide mission*)
Pas de filtres pour augmenter le nombre de résultats

Idem pour les travaux existants au sein de la **BU de l'Université de Lorraine**

Annexe 7 – demande auprès des chefs de service de PMI des départements français :

Object: Demande en lien avec master2 d'une étudiante sur le CD 11

Monsieur, Madame,

Je suis actuellement en stage de Master 2 de santé publique (Université de Lorraine) au sein du conseil départemental de l'Aude. Dans le cadre de ce stage au sein du service de protection maternelle et infantile, je dois réaliser un travail qui s'inscrit dans un projet d'évaluation des missions de la PMI au sein du département. Je vous contact avec l'aval de Mme Moniez, médecin cheffe sur Service Départementale de la PMI, qui est également ma tutrice.

Il s'agit de réaliser une réflexion qui va servir à uniformiser le recueil des indicateurs au regard des objectifs de santé publique et des objectifs d'intervention. Ce travail aura également un impact sur le suivi épidémiologique.

L'activité de PMI étant à caractère transversale, l'élaboration d'un document « référentiel » pour l'ensemble des acteurs de PMI devrait permettre de procéder à une optimisation de l'évaluation périodique des différentes missions, à produire un rapport d'activité pertinent et à servir de support à différentes démarches participatives au sein des équipes notamment pour évaluer et harmoniser les pratiques. Il s'agit de faire vivre ce document par la suite.

Face aux disparités régionales existantes dans la manière de décliner les missions de PMI, je serais intéressée de connaitre de quelles manières vous procédez au sein de votre département pour assurer le suivi des missions de PMI. Avez-vous élaboré vous-même des « référentiels » pour évaluer les missions de PMI dans votre département ? Quels sont les indicateurs que vous avez retenus ?

Très intéressée par tous les retours que vous pourriez me faire à ce sujet et éventuellement sur un partage de vos documents que vous jugeriez utiles au regard de nos objectifs.

Je vous prie, Monsieur, Madame, d'agréer mes respectueuses salutations.

Cordialement

Annexe 8- Tableau 5 Principales recommandations émises par les auteurs 51 articles de la revue littéraire selon le type de documents

Type d'étude ou de document	Auteur, année publication	Description	Recommandations
Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC)	HAS, 2005(57)	Permettre aux professionnels de santé de bien informer la femme enceinte et/ou le couple afin de les aider à prendre des décisions dans le cadre du suivi de la grossesse et de la naissance. (Il s'agit d'une adaptation des recommandations du « *National Institut for Clinical Excellence* » (NICE) complété par une revue littéraire)	A faire le plus précocement possible **Les recommandations portent sur les points suivants :** -Principes de l'information destinées aux femmes enceintes pour une aide à la prise de décision -Modalités et organisation des soins -Programme de suivi et contenu des consultations pré- et postnatales -Dépistage des difficultés psychiques -Préparation à la naissance -Mode vie -Prise en charge des symptômes courants de la grossesse -Suivi de la femme enceinte -Dépistage de trouble hématologiques -Dépistage d'anomalies fœtales -Dépistage des infections -Dépistage des autre pathologies liées à la grossesse -Développement et bien-être du fœtus -Signes d'alerte durant la grossesse et en particulier à la fin
	HAS, 2005(58)	Guide d'intervention pour la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)= proposer aux professionnels de santé une démarche préventive, éducative et d'orientation dans le système de santé pour les femmes enceinte ou couple	**4 étapes de la PNP** **1-entretien individuel ou en couple** : -obligation réglementé de le proposé -doit se dérouler dans le 1er trim. Gross. (Ou + tard si difficultés, déclaration tardive…) -père encouragé à y participer **2-planification des séances :** -cf. figure page 543 du guide **3-organisation générale des séances :** 8 séances de 45mn sont prises en charge par l'assurance maladie. -tenir compte des possibilités de participation famille et disponibilité des prof. **Définir :** nbre séances, participants, durée et fréquences, le programme de PNP avec pour modalité d'évaluation : -Doit présentation des possibilités locales de PNP, -Doit permettre à la femme/couple de choisir le programme, -Doit planifier individuellement les séances en fonction des besoins de prévention/éducation -Doit adapter le contenu à chaque femme ou couple **Recommandations internationales pour l'organisation générale de ses séances :** -*renforcer le soutien durant le séjour à la maternité*, -*les séances postnatales* : Effet préventif sur soutien à l'allaitement, sur la dépression postnatale significatifs sur toutes femmes confondues **Niveau de preuve 1** : les interventions individuelles sont plus efficaces que les interventions de groupe En fonction des besoins, s'entendre sur la coordination entre intervenants. Les PNP seront poursuivis systématiquement après la naiss ; si : -à la maternité : guidance -en cas de sortie précoce : pris en charge du forfait accouchement -en cas de besoins particuliers décelé pdt toute la Gross.

			Repérage des compétences du nouveau-né (développement psychomoteur et sensoriel), rythme sommeil… : Discuter avec la femme du vécu de l'accouchement et des suites de couches, -encourager à parler de la qualité des relations avec l'enfant -rechercher les signe évocateurs d'1 dépression -aborder avec tact des questions sur l'intimité du couple **Coordination des profs durant toute la période périnatale** : -Suivi de la femme ou couple puis de l'enfant, -organiser un partage, entre les différents prof. Des informations médicales, psychologiques et sociales sur un support : carnet maternité, livret d'un réseau périnatal… **4-entretien précoce individuel ou en couple** Coordonner les actions des professionnels autour de la femme **-Objectifs :** -présenter le dispositif -situer l'intervention -anticiper les difficultés -compléter/donner des infos sur facteurs de risques -encourager à participer aux PNP Le prof s'assure que tout est bien compris : -appréciation positive de la santé globale de la femme enceint -info sur les ressources de proximité et rôle des profs autour de la femme enceinte -info précoce sur la prévention des facteurs et comportements à risque -identification des besoins d'info et compétences parentales à développer et à soutenir -repérage systématiques des facteurs de vulnérabilité -1er lien et si besoin un travail en réseau avec de prof **-Conduire l'entretien** **-Indiquer les contenus à aborder lors des séances et repérer les situations de vulnérabilité** **-Adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés** **-rédiger une synthèse de l'entretien**
Recommandations Bonnes Pratiques (RBP)	Hascoët J-M et Petitprez K, 2014(59)	Conditions et modalités optimales d'accompagnement des mères et des nouveau-nés à la sortie de la maternité. Réactualisation du guide du HCSP « *la sortie précoce après l'accouchement* » de 2004	**4 critères retenus :** 1- anticiper l'organisation de la sortie notamment par une information des femmes au cours du 3ème trim. De grossesse, 2- assurer la continuité des soins entre hospitalisation et suivi à domicile, 3- répondre aux critères définissant le bas risque pour permettre la sortie après 1 séjour de 72 à 96h après 1 accouchement par voie basse, ou de 96 à 120h après césarienne : - 9 critères définissent le bas risque maternel (tableau 1, page 1055), - 9 critères définissent le bas risque néonatal (tableau 2, page 1056), 4- bien définir l'organisation de l'accompagnement des mères et des enfants pendant le 1er mois postnatal - 14 paramètres de surveillance maternel à bas risque (tableau 3, page 1055), - 7 paramètres de surveillance des nouveau-nés à bas risque (tableau 4, page 1055), **Recommandations** de développer une organisation en réseau comme PRADO incluant les PMI, Autres outils recommandés : Les conventions locales, 1 fiche de liaison maternité/ville et ville/maternité, impliquer les parents +++
Pratique Avancée (puéricultrices)	Colson S.,2014(60)	Mise au point sur la consultation puéricultrice. Dossier de pratique avancées complet. Contient des exemples concrets d'interventions	**Partie évaluation de la consultation** **Concept de consultation IDE :** **7 compétences indissociable selon Ann B. Hamric** : **Au centre** : la pratique clinique

			Autour : les 6 autres qui évolue en fonction de la 1ère : -l'expertise infirmière →L'accompagnement et l'éducation du patient, -la prise de décision éthique, -la collaboration, -le leadership, -la recherche -la consultation **Le modèle de consultation** -la consult est initié par le patient, -la relation est non-hiérarchique et collaborative, -le consultant considère tjrs les facteurs contextuels quand il répond à 1 demande de consultation -il ne prescrit pas, mais propose des recommandations, -le consulté est libre d'accepter ou non les recommandations -la consultation devrait être documentée [Après consultation sur le site de HAS, les indicateurs IPAQSS ne sont pas pertinents pour l'évaluation des missions PMI] **Elaboration d'un modèle de consultation adapté aux besoins** **But améliorer processus et résultats** → algorithme : -consultation demandée appropriée ? sinon adresser à autre prof. Si oui : **Éva de la nature de la consultation** : -centrés sur la personne → Éva de la problématique dans sa complexité -déterminer la nature de la consultation -tracer les éléments dans un doc de consultation en collaboration du patient : plan de suive ou projet de soins → résolution problèmes **Évaluation du processus de soins :** : 3 catégories d'indicateurs de processus « Patient » : ex. indicateurs biologiques « Qualité du système de soins » : ex. indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins IPAQSS Efficacité de la consultation : ex. meilleure observance du patient **Recommandations :** -développer ses consultations avancées de puér dans les zones dites « désertique » -faire reconnaitre l'expertise de la puer en matière de consultation : -Les puer doivent documenter leurs expériences et mener des travaux de recherches +++ **Recommandations dans le contexte pédiatrie-puériculture** : -prendre en compte tous les déterminants de santé : guider, accompagnées enfants et familles -les demandes augmentent mais pas les moyens : augmenter les nbres de puér + créer nomenclature actes consultations puér
Cas/Témoins	Labarer et al., 2005(61)	Evaluation d'un programme d'encouragement verbale à l'allaitement en maternité + en VAD (N=231)	→Le soutien préventif précoce a 1 impact sur la réussite de la mise en place et de la poursuite de l'allaitement
Cohorte Rétrospective	Convers M., 2010(62)	Evaluer si le score EPICE (+ un ajout de 11 questions) est un bon outil de repérage des situations de précarité efficace en périnatalité (N=208)	Faire usage d'un outil de repérage des femmes socialement vulnérables. Le score Epices est performant, validé scientifiquement et facile d'utilisation. Les parturientes concernées « *devraient être systématiquement suivies par la PMI, afin de bénéficier d'une prise en charge médico-sociale* » Prescrire une NFS au 1er trimestre (cf. anémie et dépistage diabète)
	Tessier V. et al.,2018(63)	Liens entre les décès de la femme au cours de la maternité et certains facteur socioéconomiques défavorables (N=18)	- L'information aux patientes en situation de précarité : obligation déontologique, prendre des dispositions si problèmes de langues (cf. populations immigrées) - La collaboration autour des patientes en situation de précarité : faciliter les échange (cf. réseau de santé périnatale)

			- Echanger les informations : travail en réseau et définition des caractéristiques communes de repérage
	Cotte C. et al.,2014(64)	Evaluer l'efficience d'une fiche de liaison (FDL) pour la transmission entre partenaires d'un réseau périnatal (maternité/ville/MPI) (N=819)	- Eviter la répétition d'items - Laisser plus de place pour les commentaires libres - Trop de délais de transfert des infos lié au fait que le FDL sont manuscrites avant d'être informatisées. - Défaut d'information = source de difficultés, d'acceptation des VAD : - Refus d'accompagnement, - Suspicion concernant les infos détenues par le secteur, ignorance de l'offre de soins de la PMI Existence du problème de transfert d'infos nominatives et confidentielles entre 2 instituions qui n'est pas autorisé : **solution** : implanté le logiciel « INTERMED » à la source →optimisation du transfert des données de la FDL
	Brugier C et al., 2012(65)	Evaluer l'impact de la précarité sur la qualité de la prise en charge anténatale et les problèmes organisationnels en lien avec ces familles (N=59)	La **précarité** est significativement associée aux problèmes organisationnels (p=0,4) La **précarité** (p=0,04), **l'absence d'étude supérieurs** (p=0,007) et la **situation de mère célibataire** (p=0,01) sont associées à la présence de problèmes organisationnels Donc impact sur la prise en charge (retard de consultation, échographie du 1er trim. Non exploitable) **Recommandations** Actions de prévention pour mieux repérer les femmes en situation de précarité + interventions
	Hassler P. et al, (66)	Evaluer la prise en charge de la précarité dans une maternité de niveau III. Quel dispositif de suivi dans le réseau périnatal (utilisation du score Epice) (N=350)	**Suivi de grossesse :** -Nombre de consultation et d'examens ont diminué depuis 2005 : causes dégradation sociale et augmentation du nbre de femmes étrangères -la contraception était méconnue : problème d'absence de droit ouvert -1 large part des VAD effectuée pour assurer un soutien au stress maternel, -diminution de la consommation de produits addictifs : travail de sensibilisation **Retentissement maternofœtal :** - taux d'hospitalisation est passé de 23% à 18% -taux de prématuré et taux de complications obstétricales : identiques à ceux de la pop générale **Post-partum :** -Taux d'allaitement : inférieur à pop générale -Mesures de dépistage du cancer du col de l'utérus : souvent méconnue par les femmes avant la prise en charge -baisse significative du taux de signalement immédiats après la naissance **Recommandations :** -dépistage précoce des situations à risque -Suivi médical personnalisé, -Coordination avec les services médicosociaux -porter une attention bienveillante
	Ribagnac N, 2014(67)	Analyse descriptive du fonctionnement du protocole de prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité sociale ou psychologique + comparaison avec l'enquête nationale périnatal 2010 (thèse médecine) (N=46)	Les facteurs de vulnérabilité augmentent le risque de dysfonctionnement entre parents et enfant. Ce sont : -la présence de difficulté socio-économique -les ATCD de placement dans la fratrie -la présence de pathologie psychiatrique chez la mère La pop de femmes en situation de vulnérabilité diffère de la pop générale des femmes : on retrouve plus : -de mère <20 ans -de femmes vivants seules, sans logement, sans emploi Dysfonctionnement concernant l'utilisation du protocole : -fiche pas toujours utilisé ¼ ne la remplissent pas et 50% pas systématiquement Retombées pour les enfants à long termes de l'utilisation du protocole : -impossible à estimer car il faudrait 1 étude cas/témoins Problème vis-à-vis de l'action prévention de ce type

			Une stigmatisation des parents → Fragilisation de la confiance des parents à jouer leur rôle →Problème pour la relation de confiance parents/soignants
Cohorte Prospective	Du Mazaubrun C et al, 2006(68)	Description des caractéristiques des « mauvais répondants » au questionnaire à 1 et 2 ans et de leurs enfants de la cohorte EPIPAGE (suivi grands prématurés) (N=176)	Tous étaient en situation de très grandes précarité sociale, et/ou avaient des maladies graves et/ou des difficultés psychologique. → La moitié des enfants des « mauvais *répondants* » ont pu être examinés dans le cadre du bilan à 5 ans : - tendance nette à avoir de moins bons résultats au test de développement psychologique + à être en moins bonne santé que les « bons répondants » **Conclusion** Affecte les résultats des études de cohorte : sous-estimation de la précarité sociale et des séquelles de la grande prématurité **Recommandations** Se donner les moyens de garder le contact avec toutes les familles pour assurer le suivi et la prise en charge des enfants
Transversale	Petit-Carrié S. et al.,2001(69)	BSEM décrie les dépistages et tests employés puis formuler des recommandations pour améliorer les interventions (N=12 421)	**Pour 41,9%** → demande de procédures de diagnostic (5 594) 1/6 trouble de langage, 1/7 trouble visuel, 1/8 trouble du comportement, 1/9 déficit auditif, 1/3 des enfants avec une anomalie présentaient au moins 2 troubles associés Ont été relevé les troubles préexistants **Critiques :** -Les causes exactes des enfants n'ayant pas fait le test ne sont pas identifié. -Les plus vulnérables sont ceux qui ne sont pas inscrits en maternelle L'ERT4 n'est pas adapté à tous les âges - Pas de critères de sélection des écoles. Les enfants des écoles non visitées auront une chance inférieure d'avoir un diagnostic précoce. **Recommandations** : -Harmoniser et standardiser les tests - prévoir un bilan étendu sur l'année civile suivante pour rattraper les enfants qui n'auraient pas été vu/loupé : organiser une nouvelle rencontre ou transmettre au médecin traitant -devrait permettre à cibler les actions à mettre en place au sein du service de PMI, par secteur ou par circonscription : prendre en compte les différences géographiques constatées dans cette + les caractéristiques médicosociales, économiques, culturelles et démographiques de ces différents secteurs -permettrait de déterminer la prévalence réelle des différents troubles et d'étudier les performances des différents tests de dépistage.
	Blondel B. et al.,2012(70)	Evaluer l'informativité du carnet de santé de l'enfant + entretiens avec des parents (N=1 685)	= outil de suivi, de dépistage et de prévention **Mais** de nombreuses lacunes dans l'enregistrement des données notamment chez les enfants les plus grands **Recommandations** : Prendre des mesures incitatives pour son utilisation optimale
	Bois C et Guillemot, 2013(71)	Combler les carences dans les données nationales sur le ISS pour les enfants de 4 ans en vue d'améliorer les interventions de dépistage précoce (N=1 227)	**Lien significatif pour toutes les anomalies de santé étudié donc du BSEM et le gradient social** quel que soit la catégorie approchée, à l'exception des anomalies dentaires (significatif que pour la catégorie socioprofessionnelle) **Régression logistique ascendants successifs** : -lien entre la vaccination BCG et la fréquentation d'un mode d'accueil et d'une consultation de PMI, -lien entre fréquentation PMI et la vaccination hépatique B -lien entre catégorie prof. Et couverture vaccinale, idem avec couverture sociale -parler 1 autre langue, être 1 fille et avoir fréquenté un mode de garde : éléments favorables -obésité lié à l'absence de fréquentation d'un mode de garde, -facteur de risque pour une orientation : avoir un père inactif pour les soins dentaires

			Recommandations pour prendre en compte les inégalités, tenir compte de - la catégorie socioprofessionnelles des parents et type d'activité, -la présence de ZEP, -la protection sociales santé, -la pratique d'une langue étrangère (en plus du français) **Guider les interventions sur les pathologies à fort gradient social** -privilégier l'accueil en mode de garde : agir sur la surcharge pondérale et les retards de langage -Retenir l'impact majeur de la fréquentation des consultations de PMI sur la couverture vaccinale hépatique B et BCG, -Renforcer les actions de prévention et de dépistage des surcharges pondérales en PMI Améliorer la couverture sociale santé des enfants pour favoriser le suivi des troubles du langage -Contrôler que les groupes sociaux les plus à risque tirent effectivement profit des dispositifs proposés
	Bois C et al, 2009(72)	Quel intérêt à pratiquer du dépistage oculaire précoce à 2 ans, recenser toutes les recommandations officielles dans la littérature (N=1 366)	Confirmation de l'intérêt du dépistage précoce avant 2 ans : → Quadruple le nbre d'enfants porteur de verres correcteur, → Mise en place d'une surveillance pour les autres anomalies visuelles, Les limites : liées à l'absence de mesure objective systématique de la réfraction **Recommandations** Consulter la bibliographie de l'auteur qui référence toutes les recommandations pertinentes sur ce type de dépistage
	Aernout EM et al, 2016(73)	Déterminer la proportion de femmes ayant connaissance de l'EPP afin d'établir leur profil, décrire le taux de réalisation de l'EPP et ses modalités de réalisation(N=270)	Données significatives (analyse bivariée) Le fait d'avoir connaissance de l'EPP selon le niveau d'étude, et le fait d'être primipare Mis dans un modèle multivarié seul le niveau d'étude inférieur au collège est resté significatif dans le fait de ne pas connaitre l'EPP. Lien statistique : le fait d'avoir bénéficié de l'EPP est lié au fait d'avoir suivi la préparation à la naissance, Lien avec le fait de s'être vu proposé l'EPP, En moyenne réalisé pendant le 5ème mois de grossesse, Débouche dans 21% vers une orientation chez un autre professionnel, Jugé à 84% comme utile par les femmes **Taux de participation de l'enquête** 93,9% Biais de mémorisation possible **Recommandations :** Plus le niveau de la maternité est élevé, moins l'EPP est proposée → augmenter les propositions
	Bois C et Guimenot G, 2010(74)	BSEM Comparaison de 2 études transversales (échantillons randomisés) décrire les principaux résultats de dépistage, rechercher et analyser les ISS déjà observable à 4 ans (N=1 914 et N=1 227)	**L'étude présente plusieurs associations significatives** odds ratio bruts et ajustés **L'ORS donne des taux d'orientation** concernant les anomalies cliniques, bucco-dentaires, et tous types d'orientations confondus, pour ce qui est des études régionales (territoire restreint) **Conclusion** Déplore le fait qu'il n'y est as de résultat national disponible **Le bilan** = outils pour lutter contre les inégalités sociales de santé qui apparaisses très tôt Devrait être standardisé sur tous les territoires : certains tests ne sont pas réalisés dans certains départements → Création d'indicateurs nationaux → Orienter les politique publiques et acteurs de terrain, Insuffisance aussi de recueil, d'analyse et de publications **Conseil de consulter l'enquête elfe** (étude longitudinale française depuis l'enfance : « *données brutes et pondérées comparable sur un ensemble de territoires variés pour les enfants nés en 2011 à certaines période* »
	Dugravier R. et Saïs T., 2015(75)	Synthèse et analyse de 3 études descriptives sur 3 programmes de prise en charge des familles en situation de précarité : CAPEDP, « *Nurse Family Partnership Program* » (NFP) et PANJO : tirer les enseignements utiles	**Recherche CAPEDP =** étude randomisé 220 cas/220 témoins **Cible :** familles exclues du tissu social et qui par conséquence ne demandent pas d'aide. **But** : utiliser les VAD comme outil de prévention précoce des troubles : -des interactions parents-enfants

			-ultérieurs de l'enfant **Protocole :** -1 manuel d'intervention fondé sur la théorie de l'attachement -VAD entre le 3ème trim. Gross. Et les 2 ans de l'enfant **Critères d'inclusions :** -âge <26 ans, -inclusion dans la recherche avant 3ème trim. Gross. -primiparité -un des critères de précarité suivants : -être seule pour élever son enfant, -avoir un faible niveau d'étude, -avoir des revenus modestes ou une AME **Résultats** Pour que ça marche, doit s'adresser à des familles pas trop submergées par l'accumulation de facteurs de vulnérabilité. Valable pour les cas de dépression postnatale et pour la prévention du retrait relationnel de l'enfant **Pour les intervenants** : L'intervention doit s'appuyer sur une thématique de santé (soins au nouveau-né, dépression post nat, allaitement…) **Attention** aux difficultés d'implantation : les VAD existe déjà en PMI Il faut obligatoirement un partenariat PMI/Service de pédopsychiatrie Le protocole prévoyait 44 VAD : ce n'est pas réalisable (moyens). **Le NFP : retour d'expérience des équipes :** **= centré sur la relation avec la famille comme facteur de changement** **Constat pour les IDE :** bonne formation en santé mère entant mais des difficultés en santé mentale (attention formation différente aux USA) Les IDE se sont retrouvées à faire de l'accompagnement à la parentalité alors que c'est hors de leur champ de compétence. Elles ont fini par admettre qu'il fallait accepter ce passage pour accéder aux familles. **Recommandations :** -une approche ouverte -un ajustement des objectifs selon les besoins de la famille **PANJO : le programme repose sur :** Isolement sociale= facteur de vulnérabilité dans l'interaction parents-enfants Partenariat PMI/Secteur pédopsy Protocole -6 VAD prénatal→ 6 mois de l'enfant -6 VAD 6 mois → 2 ans de l'enfant **Pop :** femmes qui « pensent » être seule pour élever leur enfant **Intervenantes = puér :** -utilisation d'un manuel d'intervention à dom reposant sur la théorie de l'attachement Les interventions émanent : -d'un besoin de la famille, -de la qualité de l'attachement -de la présence d'une dépression 1 formation : -3 jours pour tous les acteurs de la PMI, -3 jours en plus pour les Puér -**thématiques** : sur la façon d'agir càd intervention de santé et sur l'aide à l'intervention centrée sur l'attachement

			Mise en place d'une supervision en inter secteur de pédopsy : analyse des pratiques **Evaluation : concernant :** -qualité de la relation mère-enfant -l'inscription médicosociale et le maintien auprès des services de PMI -le réseau social des familles -le comportements de santé **PANJO** → Revalorisation du travail de VAD, mieux se centrer sur les besoins du nouveau-né → Renforce la collaboration entre professionnels Guide bien accueilli par les profs, bon support de travail, bonne formulations employées
	Bouhamam N et al. , 2012(76)	« *Enquête transversale prospective* » sur les enfants admis aux urgences pédiatriques toutes causes confondues. Existe-t-il un lien entre qualité de la couverture vaccinale et la présence d'ISS ? (N=375)	Il y a effectivement un lien significatif (p-value <0,05) **Critères significatifs :** Retard majeur de vaccination les chez enfant -non scolarisés OR=2.5, -dont les partent ne parlent pas ou mal français, -vivant en caravane ou en squat, -bénéficiant de l'aide médicale d'état ou sans assurance maladie française, -de famille SDF -problème infectieux plus important chez ses mêmes enfants Intéressants pour apporter une attention particulière à certains critères de vulnérabilité. Biais probables : -calendrier vaccinal différents pays d'origine des immigrés, -barrière langue -réticence à donner des infos sur sa situation socioéconomique Il n'y a pas qu'une seule forme de précarité → intérêt à utiliser un score pour l'évaluer **Service urgences** = lieu propice pour effectuer un rattrapage des vaccins, mais pas toujours évident dans le cadre d'une consultation curative donc → orienter les familles vers la PMI
	Floris et al,2018(55)	Comparer le niveau de satisfaction des femmes ayant reçu le « *Comprehensive Support Care* » avec un groupe de femmes témoins(N=186/164)	**Définition de modèle de soins centré sur la femme d'après la littérature** : « **the woman-centered care model** » 1-Centré sur les besoins individuels de la femme, ses aspirations et ce qu'elle exprime, plutôt que les besoins de l'institution ou des professionnels, 2-reconnaitre les besoins des femmes d'avoir le choix, le contrôle et la continuité dans la connaissance des soins et des soignants, 3-intégrer les besoins du bébé, de la famille et autre personne importante pour la femme, tel que le défini elle-même la femme 4-suivre la femme au travers de l'interface de son milieu communautaire 5-attentes social, émotionnel, physique, psychologique spirituelles attendues 6-reconnaissance de l'expertise de la femme à prendre des décisions Questionnaire envoyé 2 mois après l'accouchement **Résultats significatifs :** -La satisfaction optimal pour le groupe CSC aussi bien dans les soins prénataux que postnataux -taux de recours à la péridural significativement plus bas **Pas de significativité** -pour le mode de délivrance -Les sages-femmes ont un impact sur la satisfaction, mais pas sur les indicateurs de santé obstétricales, lorsque l'on compare les 2 groupes

Longitudinale	Peyronnet S et Garnier M-O, 2011(78)	Evaluer les suites données aux orientation préconisées par les médecins de PMI après repérages d'anomalies au cours des BSEM (N=2 079)	La prévalence des troubles retrouvés sont conformes à la littérature. A 3 mois : 25% des enfants pour lesquels une orientation avait été proposée, n'avaient pas eu de prise en charge : motif principal **absence d'adhésion des familles**. Problème d'accès aux soins pour certains
	Barot D et al, 2003(77)	BSEM fréquence des anomalies, des suites données aux repérage (parents recontactés à 3 et à 6 mois), comment améliorer les interventions (N=1 467)	L'étude présente tous les résultats descriptifs pour chaque item du bilan. Dépistage de l'audition est délicat : dépistage jugé plus difficile que le dépistage de la vision (ludique pour les enfants) Troubles du langage → retard scolaire donc important à repérer - permet de dépister aussi d'autres pathologies : cardiaque, obésité, -permet de vérifier le calendrier vaccinal **BSEM =** en plus du dépistage et d'un examen clinique, propice aux échanges avec les parents (recommandations, promotion…) **Recommandations :** - mieux préparer l'intervention en amont auprès des parents - uniformiser les recommandations faites aux parents : pour l'instant absence de consensus, -poursuivre les interventions destinées à améliorer l'accès aux soins, -s'assurer d'une bonne collaboration entre PMI et éducation nationale **Actions mise en place suite à l'étude :** → 4 mois après un dépistage, la famille est recontactée par la PMI pour savoir si 1 suite a été donné au dépistage (consultation pour diagnostique, soins…) →Création de 2 groupes de travail en partenariats : Groupe « langage » Groupe « alimentation »
Qualitative	Saïas T. et al.,(79)	Recherche Pilote. Evaluer le processus d'implantation du programme PANJO auprès des professionnels (N=101)	**Evaluation critères Implantations** : - Contenu de la formation apprécié par tous, sauf les psychologues (s'estime déjà formé à la notion d'attachement), -permet de formaliser les savoirs et la réflexivité sur les pratiques, - émergence de la notion de « vulnérabilité » : critère de l'isolement comme critère de sélection, - permet de valoriser la PMI et son personnel, - a 1 impact sur les pratiques professionnelles : développer 1 vocabulaire commun, - le personnel ne veut plus être vue comme étant là uniquement pour repérer les situations à risque, - Panjo a permis le développement d'activités au sein des PMI + augmentation du temps d'observation lors des différentes consultations, - a permis l'implantation des composantes du projet de VAD **Recommandations** Développer un outil de monitorage complexe pour recueillir = rendre compte de la dynamique -le nbre de contacts avec les familles, -La durée des contacts, - l'espacement entre les contacts, …etc. Développer un outil permettant d'analyser la fidélité : - « in vivo » pendant les VAD **NB** : certaines organisations départementales ne permettent pas l'implantation du Panjo
	Sommelet D,2008(80)	Enquête auprès des mères sur comment améliorer la santé de leurs enfants et adolescents (N=357)	Opinion des parents/prise en charge de leurs enfants 78% satisfaits **Leurs remarques** : -manque un accès plus facile au prof. Spécialisé formé au suivi des enfants, -absence de prise en charge spécifiques aux enfants tous âges -insuffisance d'info et sur l'éducation à la santé

			-6/10 voudraient qu'il y est un suivi par un prof jusqu'à la majorité **Difficultés au suivi selon parents** : -accès difficile à un pédiatre, -leur manque de moyens financiers -16%reproche les diagnostics trop tardifs : -lié à problème de formation des profs -lié au manque de de temps dans la consultation **Préoccupations des parents variables selon âge de l'enfant** : 0-2 ans : problème allaitement, diversification alimentaire et traitements des pathologies aigües >2ans : troubles alimentaires et la prévention de l'obésité Préados et ados : troubles du comportement, et troubles mentaux **Propositions pour le futur :** Nécessité d'une profonde réforme : trop de dysfonctionnement dans les prises en charge + Inégalité d'accès et de qualité dans la dispense des soins → Création d'un dispositif interministérielle en charge des enfants et de ados = individualisé les soins et s'assurer l'universalisme dans l'accès **Avec pour programme d'action :** -définir les pratiques professionnelles -optimisation des outils de SP -amélioration des prises en charges des jeunes en situation de vulnérabilité -mieux définir l'organisation -mieux définir les pratiques professionnelles -étude réelle des besoins démographique -mettre en place une politique de prévention, dépistage, éducation pour la santé -organiser le recueil des données épidémiologie : banque de données fiables -promouvoir un accès à la prise en charge des situations de vulnérabilité, -réviser les formations professionnelles -faciliter la recherche à tous les niveaux -mettre en place des stratégies de communication
	Saïas T et al, 2015(81)	A partir de 3 ouvrages publiés par le collectif « *pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans* », comprendre les représentations de la prévention précoce en France (cf. dépistage des troubles mentaux en périnatal)	Emergence de 6 classes lexicales homogènes : **Classe 1** : 19% centrés sur le développement de l'enfant, question de la prévention précoce prédictive vs incertitude développementale. 3 sous-champs : -le développement psychique de l'individu, processus continu, singulier et incertain, -la violence des approches éducatives « normatives », - L'anticipation et la prédiction comme logiques pathogènes **Classe 2** : 18% éléments en lien avec les interventions : -ressources existant en périnatalité, -du champ scolaire, périscolaire, Des institutions favorisant l'accueil parents/enfants -de la complexité inhérente à la question de la parentalité, à aborder pluridisciplinairement **Classe 3** : 12% contexte abordant des aspects spécifiques autour de l'éducation et action de promotion : -dispositif de jeu de rôle pour soutenir/développer la capacité des enfants -1 programme de développement des compétences psychosociales des enfants, -1 démarche pour « *apprendre à penser ensemble* » (ateliers-philo) **Classe 4** : 19% enjeux politiques, aco et financiers → développement prévention précoce : -1 critique de la diffusion des méthodes d'évaluation,

			- critique des politiques gestionnaires dont la prévation=émanation sanitaire, -1 champ lexical spécifiquement orienté vers l'expérience québécoise de réorganisation de gouvernance publique, **Classe 5** : 11% sur le contexte historique de la création du Collectif **Classe 6** : 21% critique sur l'utilisation de l'ISERM d'une nosographie psychiatrique basé sur le DSM : -historique de l'expertise de l'INSERM, -critique méthodologique, -conséquences de l'usage de cette nosographie **Recommandations :** La santé mentale est un objet de conflits sociaux. Il faut inclure tous les acteurs, les familles dans le débat
	Roussey M. et al., 2005(82)	Auprès de médecins de PMI des 100 départements français : quelle valeur a le carnet de santé et le BSEM en tant qu'outil au service de la promotion de la santé d'une collectivité	Des disparités régionales dans le taux de remplissage et dans l'exploitation **L'atteinte d'objectif des CS** : -connaitre la situation sanitaire et social des enfants de 0-2 ans : ok -dépister et traiter tôt une anomalie du développement : pas ok CS9 et CS24 souvent réalisé hors PMI -Trop de tests de dépistage différents Seul 8% des Pmi dépouille encore manuellement. Les logiciels svt différents d'1 département à l'autre → bases de données pas toujours compatibles **Recommandations :** -Développer de dépistage des troubles du comportement et des apprentissages
	Letrécher M, 2016(83)	Evaluer si les professionnels de santé orientent les femmes enceintes vers les sages-femmes en PMI de façon universelle ou en présence d'un problème d'ordre psychosocial (N=279) (mémoire fin d'étude sage-femme)	**Indicateurs** Sur la base du certificat de déclaration de grossesse Sur la base des actes pratiqués En fonction de la présence d'un réseau de périnatalité « *Des disparités territoriales concernant les consultations prénatales ont été relevées en 2006 par l'IGAS lors de son étude sur la PMI en France [19]. Le rapport précise que ces disparités ne correspondent ni à des indicateurs de précarité de la population, ni à la densité médicale, ni à des territoires ruraux mais « à la plus ou moins grande intensité de l'implication des élus départementaux dans ces politiques ».* » **Constats :** -Une orientation majoritairement sociale, peu souvent médicale, -Le poids du rôle social de la sage-femme de PMI -La variabilité des activités principales attribuées à la sage-femme de PMI -L'attribution de compétences erronées -Un rejet des compétences médicales de la sage-femme de PMI -Une dérive des compétences qui alimente des préjugés -Une orientation pas toujours exécutable **Synthèse :** -orientation est plutôt satisfaisante. -prédominance à orienter les femmes en difficultés sociales de certains professionnels, moins souvent orientées pour des raisons médicales et psychologiques. - connaissances incomplètes voire erronées des professionnels sur les compétences de la sage-femme de PMI -une vision réductrice de son champ d'action par certains professionnels est vérifiée : non reconnaissance de ses compétences médicales. - raison principale de non orientation par les professionnels était que la situation nécessite selon eux d'un suivi plus médical. - les médecins généralistes sont proportionnellement plus nombreux à n'avoir jamais orienté vers la sage-femme de PMI

			que les autres professionnels. - la durée d'expérience et d'installation des professionnels, bien qu'ayant une influence sur la connaissance de la sage-femme de PMI du secteur, pas significatif sur l'orientation comme nous l'avions supposé. **Recommandations :** -une meilleure information pour une meilleure collaboration -mieux repérer les facteurs de vulnérabilités -augmenter les effectifs des sages-femmes de PMI
	Saïas T et Clavel C et al., 2018(84)	Etat des lieux et des moyens sur les interventions en VAD en pré et postnatal en France. Enquête auprès des conseils départementaux (60 répondants)	**IGAS (inspection générale des affaires sociales, en 2006)** -18% de femmes enceintes suivies par la PMI -20% des enfants 0-6 ans -Budget annuel PMI 700 millions d'euros =1/10ème des dépenses en protection de l'enfance -5 100 points fixe PMI pour 800 000 enfants nouveaux nés chaque année **VAD → lutte contre les inégalités d'accès aux services sociaux de santé /besoins identifiés ou déclarés** -type de services proposés (nature, intensité) ? -critères de priorisation ? Adéquation besoins familles ? **Items du questionnaire** -moyens de com. à destination du public cible : *se fait connaitre par envoi plaquettes, mises à disposition à tous les parents ou sur sélection ?* -moyens pour les contacter et taux de contact : *existence d'1 protocole CAF/PMI, n° tel femmes connues ? proportion femme enceintes dans département ayant eu un contact physique avec la PMI* -critères de priorisation pour VAD *: oui/non, VAD postnatal pour toutes ?* **tableau des critères : 9 catégories pouvant contenir jusqu'à 20 situations citées :** mobilité, âge, comportementaux, gravidiques et obstétricaux, liés nbre d'enfants, liés au suivi de grossesse, somatique, psychologiques, sociaux -autres activité à la charge des visiteurs à domicile (hors VAD) -support au VA : *soutien (guide, supervision, analyse…* -attitudes des répondants <-> au service à dom offerts par les PMI : *jugé utile, efficace pour familles, service à valoriser* -besoins exprimés pour maintenir ce service : humain, temps, de développer la coordination entre les services PMI et PRADO (programme d'accompagnement du retour à dom) Un processus de priorisation existe dans 78% des départements que ce soit pour les VAD pré ou postnatales. = **logique populationnelle** Les critères sont hétérogènes d'un département à l'autre. Le nombre de critères à cumuler aussi : **pas d'harmonisation des pratiques** Les auteurs incluent la notion d'exposome (cf. exposition aux polluants tout au long de la vie) ***« Les élargissements des missions de PMI se sont manifestés à l'échelle individuelle, …plus que dans les structures »*** **VAD** : manque de soutien par des moyens spécifiques alors que c'est « ***un outil-clé pour incarner l'universalisme proportionné »*** **Conclusion :** **VAD= outils-clé pour incarner l'universalisme proportionné** **= outil pour réduire les ISS** -Pas d'universalisme des services PMI, -Pas d'harmonisation des pratiques, -Trop de missions connexes attitrées aux puéricultrices depuis la loi sur la protection de l'enfance de mars 2007 -Manque d'encadrement des visiteurs, -Trop de stratégies de communication écrite -Pas de dispositifs structurés des interventions, objectifs flou = « soutien à la parentalité ».

<table>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>-Ne fait pas partie de la nomenclature CPAM → pas considéré comme un acte de santé
Recommandations :
-Les indicateurs de l'IGAS peuvent servir de comparatif avec le département
<u>-protocoliser</u> : des programmes de VAD élaborés et évalués dans le cadre de l'intervention</td></tr>
<tr><td></td><td>Lucas H., 2013(85)</td><td>Caractériser les besoins ressentis, les attentes des usagers de la PMI et des professionnels de santé (dont ceux de la PMI) vis-à-vis des consultations infantiles (thèse médecine)
(N=46)</td><td>
<table>
<tr><th></th><th>Usagers</th><th>Professionnels de PMI</th><th>Médecins généralistes</th><th>Pédiatres</th><th>CMP</th><th>CAMPS</th></tr>
<tr><td>Suivi régulier de la santé et du développement</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td></tr>
<tr><td>Temps d'écoute et de conseil</td><td>x</td><td>x</td><td></td><td>x</td><td>x</td><td></td></tr>
<tr><td>Guidance et réassurance parentale</td><td>x</td><td>x</td><td></td><td>x</td><td>x</td><td>x</td></tr>
<tr><td>Regard spécialisé</td><td>x</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Vaccination</td><td>x</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Aide pratique ou matérielle</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Suivi de proximité</td><td>x</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td>x</td></tr>
<tr><td>Contact social</td><td>x</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Accueil et ambiance</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Gratuité</td><td>x</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Par sentiment d'obligation</td><td></td><td>x</td><td></td><td>x</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Par engorgement des consultations libérales</td><td></td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Multiplicité des professionnels</td><td>x</td><td>x</td><td></td><td>x</td><td>x</td><td>x</td></tr>
</table>
Tableau 6 : Les attentes des usagers face aux représentations des professionnels de santé

<u>Les attentes mises en évidence sont</u> celles d'un suivi spécialisé de la santé et du développement de l'enfant, accessible, laissant une place importante au temps à l'échange et à la guidance parentale avec la possibilité de recevoir une aide pratique ou matérielle si nécessaire.
<u>Les usagers se disent satisfaits des consultations infantiles de PMI</u> qui répondent globalement bien à leurs attentes et présentent certains avantages en matière de temps, d'écoute, de réassurance et de guidance parentale.
<u>Les relations entre les professionnels</u> de PMI et les professionnels de santé ambulatoires ont été jugées
<u>Les professionnels de santé ambulatoires</u> sont en attente de contacts plus fréquents avec les professionnels de PMI : moyens de liaison
<u>Insuffisantes par tous les professionnels de santé</u>
<u>Améliorations souhaitées :</u>
L'accessibilité des consultations en termes d'horaire, de plage de consultations et de report des rendez-vous pour les travailleurs ainsi que le renouvellement du matériel vétuste.

<u>L'auteur cite 3 autres enquêtes avec des résultats différents et émet l'hypothèse que cela est dû</u> :
-au service PMI différents d'une région à une autre
-à la pop différente d'une région à une autre
-aux méthodes d'enquête différentes
Pas de recommandations concrètes</td></tr>
<tr><td></td><td>Andlauer L, 2015(86)</td><td>Etat des lieux et pistes pour améliorer le suivi des enfants de l'ASE. Avis des différent s acteurs (lien avec les ISS)
(N=73 enfants et prof ?)</td><td><u>Significatifs</u> :
-la consommation de tabac des mères pendant la grossesse,
-La naissance prématurés de l'enfant,
-Le taux de couverture vaccinale inférieur
-la croissance staturo-pondérale anormale à 4 ans</td></tr>
</table>

			Pas significatifs : -le taux d'hospitalisation à 24 mois -le faible poids de naissance -la santé bucco-dentaire **Manque de données sur :** -la qualité du sommeil -le comportement -Le développement psychomoteur dont le langage **Points de vigilance selon les professionnels :** **Pour AF :** -avoir un suivi standard commun à tout enfant -faire une consultation médicale à l'admission, -déplore le manque d'info/ATCD de l'enfant -besoin de plus d'écoute de la part de l'ASE -besoin de famille relais **Pour psychologue :** -attention à distinguer troubles réactionnels et les autres types de troubles -dépistage précoce +++ **Pour médecins :** -harmoniser les pratiques, -manque de travail en réseau Pour médecins + AF : -meilleurs reconnaissances des troubles pathologiques, puis prise en charge précoce, -mise en place d'un dossier de suivi médical **Pour les mères en centre maternel :** -réclame un médecin qui connait la structure et leur situation **Recommandations :** **-Réalisation du projet pour l'enfant avec un volet santé** o Avec réévaluations régulières (annuelles voire pluriannuelles) o Permettant de définir la place de chacun (dont les parents) et les objectifs communs - **Coordination des soins** o Coordination par un médecin de PMI o Création d'un dossier médical de suivi tout au long du parcours ASE de l'enfant. **- Soins de qualité** o Visite médicale d'admission pour tous les enfants confiés à l'ASE préférentiellement par un médecin de PMI, sinon, possibilité de réaliser cette visite d'admission par un médecin généraliste ou un pédiatre. o Orientation d'un enfant vers une structure médicale après avis médical uniquement o Respect du rythme de vie et de l'agenda scolaire des enfants lors des suivis de santé **- Partage des informations à caractère secret** o Entre professionnels de la protection de l'enfance o Avec mention des troubles et suivi psychopathologiques dans le carnet de santé **- Amélioration de l'environnement de l'enfant** o Impliquer les parents au suivi autant que possible et si cela n'est pas contraire à l'intérêt de l'enfant (cas exceptionnels). o Maintien, accompagnement et éventuellement soin du lien parent-enfant afin de garantir sécurité et continuité à cet enfant o Reconnaissance pleine des assistants familiaux comme des professionnels de la protection de l'enfance ;

			orienter les assistants familiaux vers l'offre de service PMI (consultations, visites à domicile des puéricultrices de PMI pour les bébés et très jeunes enfants) **- Formation des professionnels** o De santé à la protection de l'enfance (hospitaliers et étudiants en médecine) o De la protection de l'enfance à la santé (travailleurs sociaux en AED etc.)
	Guichard A et al,2018(56)	Suite à l'adaptation de l'outil de repérage français « *Reflex-ISS* » au Québec, enquête auprès des infirmières utilisatrices en vue d'apporter des améliorations à l'outil	**1-Résultats 5 conditions qui faciliteraient l'utilisation de l'outil en pratique prof** : -positionnement stratégique et structure organisationnelle explicite au regard des ISS -polyvalence, flexibilité de l'outil : + support de formation aux ISS, transversalité -convivialité de l'outil et ressources pratiques : simplifier le langage, longueur raisonnable, accompagné de conseil pratique (guide utilisation, illustrations…) -connaissances, compréhension et réflexivité sur les ISS : développer compétences théorique et pratique + d'un langage commun pour tous sur les ISS -évaluation et potentiel de résultats sur les ISS : tributaire d'indicateurs de performance de l'organisation adaptés aux ISS, suivi à long terme des actions **2-Résultats Co-construction et validation par les acteurs du milieu :** -optimiser la convivialité de l'outil -réduire la longueur -simplifier la formulation des items de la grille -produire des ressources pratiques (guide utilisation et ex d'application) -positionner l'outil dans le champ de l'évaluation et développement des compétences prof -traduire l'ensemble des ressources en anglais **Conclusion :** Renforce la capacité des profs à agir pour réduire les écarts de santé entre groupes sociaux
Enquête de satisfaction	Branger B et al., 2010(87)	Satisfaction des parents vis-à-vis du réseau de prise en charge « *grandir ensemble* » (N=300)	90% était tout à fait satisfait des soins reçus dans le réseau, Point important mis en avant : -le sentiment d'appartenir au réseau, -La qualité de la relation et de l'empathie des médecins, -Les nombreux contacts de la coordinatrice des soins
Elaboration/test outil repérage ISS	Gamet M-L, 2009(90)	Mise au point de 15 critères pour évaluer la situation psychoaffective des jeunes (prise en charge individuelle de l'éducation à la sexualité)	Sensibilisation positive du personnel dans l'implication de la prise en charge de l'intervention. **Commentaire** : outil pouvant être mis à disposition dans les CMS dans le cadre de plusieurs interventions
	Vandevoorde J et al., 2016(91)	Efficacité du test d'évaluation enfance en danger « *REED* »	Validité de l'outil comme outil de repérage : Globalement bon Validité de l'outil par les agents : Utilisation appréciée (75%) REED : - Permet d'établir 1 photo de la pop évaluée - Les calculs de fidélité intercotateur et de consistance internes sont bons - Présence d'une bonne validité de la plupart des items.
Diagnostic de situation	Serfaty A. et al.,2010(89)	Définir la population d'un réseau périnatal (Est Parisien) pour pouvoir planifier les interventions en fonction de leurs besoins	**Critère de besoins :** **La pop concernée par le réseau dépend de 2 critères** : De la période prénatale et de l'étape de la planification : - période autour de la conception = femmes de 15-49 ans - Part des personnes nées sur la période d'intérêt - La période autour de l'accouchement = nbre de femmes ayant accouchées dans les Ets du secteur concerné **L'offre de soins** doit aussi être défini

			Critère de volume de la pop : Décrit en détail pour chaque base de données Les « *champs et unités d'observation* », Puis les « *unités d'analyse et indicateurs* » pouvant être renseignés Critique de l'auteur : unités d'info parfois difficile à comparer
Evaluation d'un programme politique	Michaud C et al,2014(88)	Adaptation aux caractéristiques régionales au travers de la description du cheminement qui a permis à une ARS de construire son cadre logique en vue de la réalisation de son Plan Régional de Santé (PRS)	**Cadre logique=**visualiser la stratégie pour atteindre les ambitions du PRS Sa définition : « *la chaîne des effets attendu entre une politique publique et les problèmes de santé qu'elle vise à remédier » et au-delà des effets sur la santé, ce dernier explicite comment la politique est mise en œuvre.* » -Construction à partir des éléments conceptuels communs à tous les PRS extrait des textes fondateurs + des documents de Franche-Comté →Production d'un premier modèle Après séminaire de travail avec l'ARS →validation **Attendu de toutes politique de santé** : **Pertinence** : besoins/finalité **Cohérence** : **Efficacité** : mise en œuvre des réalisations prévues Atteinte des résultats/objectifs **Efficience** : réalisation/moyens ou résultats moyens/résultats **Effectivité** : **4 dimensions :** -outils programmatiques -instances de démocratie sanitaire -Commissions de coordination des politiques publiques -Moyens propres à l'agence -Les moyens financiers **Impact** : **3 niveaux de résultats :** -Etat sanitaire attendu pour la pop régionale (lien avec la stratégie nationale de santé) -Effets organisationnelles produits par les transformations précédentes -Transformations du système de santé visées en définissant les qualités souhaitées **4 leviers de changement structurels du système de santé mis en lumière** : choisis pour faire évoluer le système de santé en région 1- **la régionalisation** : toutes démarches pour harmoniser les pratiques, pour mutualiser les services, la gradation des services, soit à organiser le système en région 2- **la « désinstitutionalisation »** : tout ce qui concourt à éviter ou retarder l'utilisation de services « lourd » et couteux 3- **la territorialisation et l'intersectorialité** : organiser des services de santé au plus près des citoyens : consolider les partenariats, permettre le recours aux territoires de proximité 4- **la transversalité** : décloisonner les grands domaines d'action : prévention, soin et médico-social : formation interdisciplinaires, organisation des parcours de soins 3 et 4 = inscrits dans la politique nationales → maître mots des changements organisationnels attendus **Intérêts :** -Relations avec les questions évaluatives habituelles d'une politique publique + facilite leur priorisation -Permet de comprendre l'importance de l'analyse de la construction du programme, en amont de l'analyse de ses effets **Limites :** le fait de construire le cadre logique à posteriori du PRS
Revue Littéraire	Lejeune C., 2008(92)	Corrélation entre précarité et augmentation des pathologies périnatales	**Suivre l'indicateurs** : nombre de grossesses non ou mal suivies, **Développer le travail en réseau** : coordination ville/hôpital, surtout ceux de proximité **Intervention de prévention précoce** +++ par la PMI et amorce la mise en place de soutiens pour les familles en

			difficultés
Table Ronde	Suesser P., 2013(94)	Constats à partir des BSEN, quelles propositions face à l'augmentation des enfants et familles qui n'ont pas accès aux soins ?	Utiliser des outils de repérage de difficultés mais faire attention à ne pas « *réduire une personne à des paramètres fragmentaires* »
	Daniel P., 2009(93)	Quelle attention porter aux personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité sociale ?	**Recommandation d'interventions :** Le dépistage précoce - organisation de BS approfondi et pluridisciplinaire très tôt dans la vie de l'enfant, - repérage précoce des constructions parentales potentiellement fragiles, Le travail en réseaux +++ - Mise en place de réseaux de professionnels concernés : champs sanitaire, social et éducatif, - Construction de réseau périnatal de proximité, Développer des formations sur le thème des troubles de la parentalité communes aux différents professionnels
	Barot D., 2005(96)	Réflexion sur le carnet de santé comme outil pour l'action. Faut-il les rendre son utilisation obligatoire jusqu'à 2 ans ?	La transmission par les PMI à la DRESS de tous les indicateurs de santé présents sur les certificats de santé permet l'obtention de données exhaustives. Cela permet d'étudier les caractéristiques des petits territoires. Les données sur les 2-6ans sont fragmentaires. Etendre l'obligation des certificats permettrait d'obtenir des données exhaustives et de mieux planifier les actions de PMI. **Avantages identifiés par l'auteur** : - L'observation des indicateurs de santé sur de petites territoires, - grâce à l'informatisation en cours des certificats dans les PMI de tous les départements : possibilité de données à l'échelle nationale **Propositions de l'auteur** : - Intégrer les données des trois certificats aux BSEM et ceux à 5-6 ans - Instaurer un certificat de santé à 2 ans, - Identifie le besoin « *analyser pourquoi les familles ne suivent pas toujours les recommandations qui leur sont faites* »
	Roussey M.,2008(95)	Sur les principes et sur l'organisation du dépistage néonatal (DNN)	Suivre le « *Guide pratique pour les professionnels de santé : le dépistage néonatal* » www.afdphe.asso.fr très exhaustif
	Satger A, 2014(97)	Evaluer l'efficience d'un réseau PMI/Institutions	**Efficience du dispositif interinstitutionnel démontré** : maillage serré entre PMI et psychiatrie périnatale pour les 3 niveau de prévention : taux élevé d'amélioration qualitative et quantitative de la situation dyadique **Recommandations : 4 piliers pour intervenir** **D1** : le simple passage par la pesée **D2** : 1 attention renforcée de la PMI pendant le PPI avec les VAD puéricultrices ou incitation à venir plusieurs fois par semaine en PMI, **D3** : le passage de dyades par au moins 1 élément du dispositif thérapeutique, **D4** : l'utilisation par la dyade de l'ensemble des propositions thérapeutiques
Réflexions collectives	Pr Roussey M et al, 2013(99)	Bilans et perspectives sur le dépistage néonatal d'après l'association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant (AFDPHE)	**Pour le déploiement d'1 programme politique de dépistage** : répondre aux critères de dépistage en pop générale dits **critères de Wilson et Jungner**, édités par l'OMS en 1968 : **1-**maladie=problème de santé publique, **2-**elle dispose d'un traitement **3-**il faut organiser le diagnostic et le traitement des malades, **4-**maladie doit être reconnue à un stade pré-symptomatique **5-**confirmation du dépistage par des méthodes de certitude est obligatoire, 6-le test doit être accepté par la pop **7-**l'histoire naturelle (évolution) de la maladie doit être comprise, **8-**Le protocole de traitement doit ^être défini, **9-**Le rapport économique coût/bénéfice doit être apprécié,

			10-La pérennité du programme doit être assurée. **Autres critères rajouté** : 1989 conférence de consensus de La Sapinière (canada), 1998 National Screening Committee, 2005 NHS et Human Genetics Commission (HGC) : -1 prévalence suffisante de la maladie dépistée (≥1/15 000 cas) -la nécessité d'avoir une méthode fiable de dépistage, -le recueil simple de l'échantillon -la nécessité d'une info suffisante des familles -1 confidentialité des résultats individuels -le financement du programme -l'exhaustivité -tout dépistage doit entraîner un réel bénéfice pour le nouveau-né lui-même
	Blondel B. et Bréart G.,200'(98)	Sur la mortinatalité et mortalité néonatale et les facteurs de risque	**Analyse des décès** : significatifs -Age gestationnel avant 20 ans ou après 35 ans, -Prévalence des affections dont l'origine se situe dans période périnatale -surmortalité masculine -la catégorie socioprofessionnelle du père : + élevé chez les ouvriers que chez les cadres -impact des décisions médicales et du niveau de prise en charge **Recommandations :** -adopter 1 définition des naissances et des décès incluant les fœtus et les enfants de très petit poids ou de très faible âge gestationnel, -La définition de la pop d'étude devrait être la zone géographique et non le service d'accueil : permet d'obtenir & estimation ponctuelle de la vraie valeur du taux dans la pop étudiée, -comparer l'évolution de la mortalité ou par services ou par zones géographiques -analyser en fonction des principaux facteurs de risque (analyses bivariées) -évaluer la qualité des soins selon que le décès pour lesquels la prévention et les soins médicaux ont 1 influence faible ou dus à des soins insuffisants ou inadaptés
Réflexions individuelles	Mathieu-Capto D., 2010(100)	Défaillance dans la prise en charge des femmes et des nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale. Comment optimiser les interventions	-Toujours considérer que « *Grossesse + Précarité = Urgence médicale* » -attention aux délais d'attente des RDV Déployer une approche globale : **2 profils typologiques de précarité :** 1- précarité conjoncturelle (immigration récente) 2-précarité des femmes de nationalité française présentant avant tout des difficultés d'ordre psychosocial →Pas les mêmes dispositifs d'action Prendre en compte les problèmes psychosocial centraux en priorité : -l'hébergement, -L'alimentation -Les besoins affectifs, isolement, violences conjugales Régler les problèmes de droit commun : universalité de la prise en charge + coordonner, décloisonner : réseau de périnatalité : (gros problème de coordination constaté) -faire rentre la femme dans un circuit/système de soins et la maintenir
	Sellenet C.,2018(101)	Explorer les fonctions du domicile et les résistances mises en place face aux interventions à domicile et réflexion sur la plus-value des VAD	-avoir une bonne raison pour pousser la porte du domicile -attention à la posture de colonisation du territoire de l'autre, préférer une compréhension respectueuse de l'univers vécu des familles : empathie relationnelle
	Battut A.,2008(102)	Evaluer et comprendre la complexité de la prise en charge des femmes en situation de très grande précarité, proposition de coordination préventive	**Intérêt d'1 prise en charge adaptée :** -rentrer dans le cadre de la politique de santé publique : PRS, plan régional d'accès à la prévention et aux soins, schéma régional d'organisation sanitaire,

			Remarque : Situation irrégulière et protection sociale : problème de carence dans la prise en charge des 3 premiers mois de grossesse **Recommandations :** - décloisonner les secteurs sociaux et médicaux, -mise en place d'un référent personnel coordinateur, -partenariat PMI/hôpital, -staff de parentalité dans maternités
	E Foll J., 2015(103)	Soutien à la parentalité chez les familles à problèmes multiples. Comment limiter l'impact des vulnérabilités sur la santé des mères et des enfants	10% des femmes connaissent un syndrome dépressif affectant dans 25%des cas leur enfant Difficultés à atteindre ce public : -ne demande pas d'aide, -psycho : la grossesse réactualise les difficultés, -accumulation de facteurs de risque, Difficile alliance de travail : -relation parents/soignant insécure, vécues comme intrusif **Recommandations :** -qualité du 1er contact = déterminante. Bienveillance, diminuer le stress -privilégier les VAD (littérature internationale) efficacité démontrée sur la prévalence des risques morbides ultérieurs pour la mère et l'enfant -objectif d'intervention = réduire l'impact des vulnérabilités psychosociales sur la santé mentale de la mère et de l'enfant **Stratégies de soutien** : **les stratégies d'aide telles que :** -Le soutien émotionnel, -Les aides concrètes, -La guidance développementale, -L'évaluation précoce -Le soutien des relations mère-bébé, -Les thérapie parent-enfant **Utiliser des outils utilisés en soin psychique** : et utilisable par tous -la construction d'une alliance de travail, -l'observation du développement du jeune enfant, -la guidance parentale, -le soutien émotionnel **Travailler en réseau** = une nécessité **VAD** = outils puissant et efficace d'évaluation et d'investigation
	Cadart M-L, 2009(104)	Sur le bienfondé du repérage des situation à risque au sein des structures d'accueil de la petite enfance (0-3 ans)	**2 types de préventions** : « Prévention prévenante » : la relation de confiance est le maître-mot. « *Le symptôme de signifie pas en lui ce qui le provoque et le détermine, mais constitue en appel à entendre rapidement et à prendre en compte de façon adaptée et singulière pour chaque enfant.* ». Le symptôme n'est pas qqch à éliminer mais qqch à prendre en compte « Prévention-dépistage » : dépistable des troubles sensoriels Le personnel peut interpeller la PMI sur une situation nécessitant une intervention de dépistage. Son rôle n'est pas de faire du signalement.
Communiqué de Presse	Pâris A., 2008(34)	Synthèse de l'étude du Pr Sommet sur la prévention/dépistage des troubles mentaux et la qualité de la prise en charge (enquête du conseil national de la pédiatrie (CNDP)	Réformer le système de santé actuel -uniformiser les pratiques professionnelles -créer un dispositif interministériel en charge des enfants et des adolescents : plaide pour une individualisation des prises en charge et pour garantir l'universalité des parcours de prévention et de soins, Programme d'action à mettre en place : -définition des pratiques professionnelles,

			-optimisation des outils de santé publique, -amélioration de la prise en charges des jeunes en situation de vulnérabilité
	Journal de Pédiatrie,2008(105)	Déterminer l'impact des attitudes thérapeutique dans l'optimisation des prises en charge, afin d'améliorer les soins pendant l'hospitalisation au regard des résultats du suivi de cohorte EPIPAGE sur les grands prématurés	EPIPAGE A 5 ans : -40% de déficience motrice, sensorielle ou cognitive Incidence nouveau-nés vulnérables en France = 2% Les consultations de développement nécessitent 45 mn. Elles sont assurées par : -maternité de niveau III, parfois de niveau II -les CAMPS, -les libéraux, mais difficiles car chronophage, -parfois PMI impliqué dans des réseau périnataux mais nécessite passation de convention avec le Conseil Départemental **Constat** : trop de disparités de moyens en Franc -les régions française ont des taux de mortalité périnatale inégale : 3 sont en surmortalité (ne dit pas lesquelles) →Les disparités régionales justifient un suivi à long termes Dépister, prendre en charge et coordonner les soins ville/hôpital précocement : → optimiser la coordination On sait que la mise en place d'un soutien parental → satisfaction +++ des parents Le coût financier estimé du suivi est de 300 euros/enfants/pour 5 ans soit moins qu'une seule journée d'hospitalisation Ce qui rend difficile le mise en place des réseaux : la diversité -des objectifs recherchés, -des acteurs, -des outils, -l'hétérogénéité des financements : l'institution de la tarification T2A est un obstacle pour les hôpitaux

Annexe - Tableau 2 – Présentation des 13 Résultats des demandes d'informations sur les modalités évaluatives des missions PMI auprès des services de PMI départementaux français reçu entre le 21 mars et le 11 juin 2019 (N=101)

Départements	Synthèse des Réponses	Nature documents transmis	Descriptif indicateurs et commentaires
Charente	Pas dévaluation de ce type		
Côte d'Armor	Rapport d'activités annuel. Ont essayé de faire un travail similaire qui n'a pas abouti.		
Eure et Loire	**Critères quantitatifs** : Utilisent les indicateurs de la DREES + « *quelques autres* » **Critères qualitatifs** : « *réunion hebdomadaire des responsables d'unités territoriales* »		
Essonne	Lettre de cadrage pour les missions de PMI Publication annuelle des Indicateurs d'activité avec une analyse	**Lettre de cadrage** PREAMBULE OBJECTIFS STRATEGIQUES MISSIONS PRIORITAIRES - Priorité 1 : Réaffirmer le rôle universel de la DPMI dans le champ de la prévention et du soin	Doc 1 : Propose des « objectifs opérationnels », « actions », « moyens » et des « indicateurs ». Indicateurs de qualités variables, manque de précisions. Doc 2 : Points forts : L'organigramme de la structure présente un atout intéressant car toutes les instances de PMI sont chapotées par un **Directeur de projets transversaux** puis par un Directeur de la PMI

		- Priorité 2 : Cibler l'accompagnement des publics les plus vulnérables par les professionnels de la DPMI - Priorité 3 : Valoriser l'expertise de la DPMI par le développement de partenariat et la communication - Priorité 4 : Optimiser les moyens de l'organisation pour répondre aux objectifs stratégiques **Bilan analyses et tendances des données d'activités**	Propose des indicateurs de suivi des actions points faibles : choix d'indicateurs pas toujours correctement décrits. Des représentations graphiques qui contiennent plusieurs échelles différentes non-décrite. Un cumul d'indicateurs sur le même graphique qui nuit à la lisibilité. Des commentaires parfois sans lien avec les indicateurs présentés. Mélange entre les données résultats et les données d'interprétation. Utilisation de nombreux sigles non traduits. Certaines actions préventives ne concernent plus les missions de PMI mais sont exécuter dans les PMI car elles sont du ressort du département (lutte contre la tuberculose). C'est un choix d'organisation propre à ce département qui peut se défendre.
Gars	Indicateurs DREES Pas d'indicateurs qualitatifs, ni référentiel précis	**Doc Excel bilan d'activité**	Contient un dictionnaire de certaines données, code couleur pour distinguer quel type de professionnel a saisi les données.
Haute Savoie	En cours de réflexion avec l'agence des Nouvelles Interventions Sanitaires et Sociales (ANISS) autour du développement Petits Pas Grands Pas : **1 -** concerne l'avant et l'après de mise en place de la formation des équipes à l'attachement et au stress parental **2 -** élaboration d'un tableau de bord « *assez sommaire* » pour prendre en compte les ratios de charges de travail par post de santé … « *Pas d'indicateur de qualité* »		**Nature des indicateurs :** **1-** indicateurs d'atteintes d'objectif d'action **2-** indicateurs de gestion d'activité du personnel
Isère	Ont fait ce travail pour les chiffres de 2013 (sorti en 2015), vont le refaire pour 2018/19	**Document « *la santé de la mère et de l'enfant en Isère [indicateurs 2013]* »** - « outil d'aide à la décision permettant d'identifier les spécificités territoriales existantes » - « *Regroupe les principaux indicateurs de la périnatalité et de la petite enfance* » - Sur la base des certificats de santé du 8è jour (CS8) et du 24è mois (CS24)	**Points forts** : - La qualité épidémiologique : recherche de significativité par tests stat (Chi2 ou Fisher selon effectifs), - comparaison avec les données nationales, - la présentation des indicateurs au sein de carte géographique du département. Ce qui permet aux professionnels de repérer les zonages pouvant nécessiter des interventions plus ciblées. -**données démographiques retenues** : pop totale du département, femmes en âge de procréer, indice conjoncturel de fécondité, enfants de 0 à 4 ans, Naiss. Vivantes domiciliées, taux de natalité, et de mortalité infantile, évolution des Naiss. Sur 10 ans **Concernant les enfants** : Naiss. Vivantes : nombre de CS8 retournés à la PMI, lieux de naissance des nouveau-nés, maternité de naissances des nouveau-nés, **Concernant les mères** : âge de la mère pour le 1er enfant, représentation de la proportion des jeunes mères (<20 ans) sur le département (carte), idem pour les mères âgées de 38 ans et plus

			Suivi et déroulement de la grossesse : Taux de remplissage des données dans le CS8 : → manques d'info sur le nombre de déclarations tardives et d'hospitalisations au cours de la grossesse. : volonté d'analyser ces 2 indicateurs en fonction de l'âge de la mère, →Manque d'info sur la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse, Nombre de naissances vivants issues de grossesses multiples : relié à la prématurité, le petit poids de naissance, les complications de l'accouchement : comparaison avec les Naiss. Non gémellaires. Déroulement de l'accouchement : Répartition des naissances selon ces 2 indicateurs : - Début de travail issu d'accouchement spontané, - type de Naiss. : césarienne, voie basse (instrumentale ou non) -proposition de d'utiliser le système de Robson(121,122) afin de classifier les taux de césarienne selon les recommandations de l'OMS (10 groupes existants). De plus les infos sont présentes sur le CS8.
Landes	Uniquement tableaux statistiques Pas de « *réel rapport d'activité* » mais en cours de projet. Pour l'instant, ont revu et simplifié les tableaux.	**1 Fichier Excel pour recueil :** Consultation pédiatrique, activités médecins, activité inf. ; puer, activité animation petite enfance EJE, action infirmières des écoles, assistantes maternelles, assistantes familiales, visites ALSH, actions collectives menées par le service **1 Fichier Excel pour recueil :** Consultations CPEF et prénatal par médecins, puis par sages-femmes, CPEF entretiens conseillères conjugales, activité Médecins CPEF pré-postnatal, activité sages-femmes, activité conseillères conjugales, info collèges lycées et autre, activité infirmière CPEF, labo, IST, origine de la demande en consultation	Indicateurs DREES + Indicateurs d'actions menés par le personnel et par qui. Cela permet d'avoir plus de détail sur les activités au sein de la PMI
Lot	Ont travaillé à des indicateurs et réalisent des stat. en fonction. Estiment que l'activité est imparfaitement représentée pour certains corps de métier. Certains critères de sont pas étudiés : **listes d'attente en consultation PMI** Travail à faire autour de la mission de **Planification** : cadre minimaliste Travail fait sur les fiches pour **VAD et visites à la maternité prénatale et postnatal** objectif : uniformiser « l'offre de service », expliquer ce qu'est le travail à	**4 fichiers Excel pour recueil d'indicateurs en fonction de la catégorie prof :** Infirmiers, médecins, puéricultrices, sages-femmes **1 doc Word** : « fiche action-définir les indicateurs et les modalités de pilotage PMI » : objectif, indicateurs, données, granularité, fréquence, source, par qui, faisabilité, nombre de séries	

	domicile.		
Lozère	Déclare 3 référentiels « qui nécessiterait d'être remis au goût du jour »	- Plaquette activité –départementale prévention santé-EJE puer, SF IDE - Tableau vierge stat annuelle SF- version novembre 2016 - Tableau stat version 21012019	**Doc 1** : données descriptives : Activité par secteurs géographique et par catégorie professionnelle, **Dac 2 et 3 :** Tableau recueil d'activités pour sages-femmes et puéricultrices : assez détaillées et par mois. Intègre le motif de la consultation ou de la visite
Nièvre			
Paris	Bilan d'activité annuel Tableau de bord trimestriel	Doc Word : bilan d'activité PMI 2017 + Fichier Excel vide employé pour le recueil	
Pyrénées-Orientales		Le rapport d'activité 2018	

Abstract:

The « Protection Maternelle et Infantile » (PMI) is a typical French public health organisation, managed by the Departmental councils. It's in free access. Preventive medico-social, screening, information and promotion of perinatal health missions are carried out within a multidisciplinary organization. The missions are numerous and defined by the French public health code. The Aude department wished to initiate an evaluative process in order to estimate the quality of the interventions carried out on its territory, while there is no official benchmark to carry out this process.

This work takes place prior to the development of a detailed plan to assess each intervention. Also, the objectives were to gather all the useful recommendations to identify evaluative criteria, and show how to take advantage of existing theoretical models of public health. A review of the literature, a request from the departments and a search from the reference organizations, made it possible to meet a number of important criteria.

The qualitative criteria resulting from the research were retained within two models: one intended for collective intervention systems, the other for individual interventions. A participatory approach by the various players in the PMI would have its place in order to finalize the implementation of this program and guarantee adherence to the evaluation project.

Key words: Maternal child preventive Health Service, Health Service Evaluation, early preventive screening, early childhood, perinatal health, qualitative assessment

Résumé :

La Protection Maternelle et Infantile (PMI) est une organisation de santé publique typiquement française et géré par les Conseils Départementaux. L'accès y est gratuit. On y exerce des missions médicosociales préventives, de dépistage, d'information et de promotion de la santé périnatale, au sein d'une organisation pluridisciplinaire. Les missions sont nombreuses et définies par le code français de la santé publique. Le département de l'Aude a souhaité entamer une démarche évaluative afin d'estimer la qualité des interventions menés sur son territoire, alors qu'il n'existe pas de référentiel officiel pour mener à bien cette démarche.

Ce travail se situe en amont de l'élaboration d'un plan détaillé pour évaluer chaque intervention. Aussi, l'objectif était de réunir les recommandations existantes connues et de les présenter au sein de modèles théoriques de santé publique cohérents. Une revue de la littérature, une demande auprès des départements et une recherche auprès des organismes de références, a permis de réunir un certain nombre de critères Importants.

Les critères qualitatifs issus de la recherche ont été retenus au sein de deux modèles : l'un destiné à l'évaluation des dispositifs d'interventions collectives, l'autre aux interventions individuelles. Une démarche participative des différents acteurs de la PMI aurait toute sa place pour finaliser la mise en place de ce programme et garantir l'adhésion au projet d'évaluation.

Mots Clés : Service de Santé Maternelle et Infantile, Evaluation des services de santé, dépistage précoce, petite enfance, santé périnatale, évaluation qualitative