

FICHE ACTION N° 1	
ENGAGEMENT 1 – OBJECTIF FONDAMENTAL 1	
Atteindre un taux de couverture par la PMI d'au moins 20 % des Entretiens Périnataux Précoces (EPP)	
Réfèrent : Médecin départemental de PMI67	
Etat des lieux	<p><u>Niveau des indicateurs nationaux 2019 dans le Bas-Rhin :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre de naissances vivantes dans le Bas-Rhin : 12 397• Part des femmes enceintes ayant bénéficié d'un EPP dans le Bas-Rhin : 28%• Nombre d'entretiens prénataux précoces réalisés par la PMI : 152• Part des femmes enceintes ayant bénéficié d'un entretien prénatal précoce réalisé par la PMI : 1,3%• Part des EPP réalisés en PMI sur l'ensemble des EPP réalisés dans le Bas-Rhin : 5 %• Part des femmes enceintes, suivies en PMI, ayant bénéficié d'un EPP réalisé en PMI : 12,2% <p><u>Pratique des entretiens prénataux précoces (EPP) dans le Bas-Rhin :</u> Bien que rendu « obligatoire » par la LFSS du 01/05/2020, aucune disposition légale ne permet de pénaliser la non réalisation de l'EPP ni pour le professionnel qui suit la grossesse, ni pour sa patiente. L'EPP n'est donc factuellement ni opposable, ni imposable.</p> <p>Le taux de réalisation des EPP (28% des grossesses selon les données du réseau régional périnatal) témoigne d'un manque d'intérêt global de la part de tous les professionnels de la naissance pour cet entretien. Un travail de conviction conséquent doit être effectué au préalable pour le « re-légitimer » auprès des professionnels et du public !</p> <p>Les sages-femmes de PMI réalisent peu d'EPP, tels que définis à la <u>nomenclature des actes de la CPAM</u> en tant que première consultation du parcours de soins de la grossesse ; en effet, la communication tardive de l'information de la grossesse au service de PMI par la CAF <u>empêche toute proposition précoce d'intervention</u> via les déclarations de grossesse.</p> <p>L'essentiel de leur activité consiste dans l'accompagnement médico-psycho-social des grossesses très vulnérables repérées sur indicateurs via les déclarations de grossesse ou via leur réseau partenarial (professionnels de la naissance libéraux et hospitaliers, travailleurs sociaux, milieux associatifs) ou encore à la demande des patientes elles-mêmes.</p> <p>Ces accompagnements se font en majorité à domicile et peu en consultation, les patientes concernées ayant souvent des difficultés de déplacement et étant généralement suivies sur le plan médical strict par un professionnel libéral ou hospitalier.</p> <p>Par ailleurs l'EPP est réalisé <u>et coté</u> par le professionnel libéral ou hospitalier qui suit la grossesse sur le plan médical, ce qui n'empêche pas</p>

	<p>la sage-femme de PMI de revenir sur l'intégralité des facteurs de vulnérabilité avec la patiente durant tout l'accompagnement de la grossesse.</p> <p>Le taux de femmes enceintes accompagnées par la PMI est de 10,5% en moyenne sur l'ensemble du département, avec des disparités territoriales pouvant aller de 8,2% en milieu rural à 15,2% en milieu urbain sensible.</p>
<p>Objectifs opérationnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Former les professionnels à l'entretien prénatal précoce • Augmenter le nombre de femmes enceintes invitées à un EPP par les professionnels de PMI • Augmenter le nombre d'EPP réalisés par les professionnels de PMI • Proposer systématiquement un accompagnement PMI à toutes les femmes enceintes repérées comme vulnérables dans le cadre des EPP
<p>Description de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obtention de la CAF d'une priorisation des saisies des déclarations de grossesse en 2021 en vue d'obtenir les informations nécessaires à la proposition d'un EPP en temps utiles • Promotion de l'EPP via les pages spécifiques du carnet de maternité, adressé aux patientes par le CD dès l'obtention de la déclaration de grossesse et information claire sur les différents professionnels susceptibles de le réaliser, dont ceux de PMI (invitation par défaut) • Renforcement de la collaboration via le réseau régional périnatal avec les partenaires extérieurs pour promouvoir l'EPP et l'orientation des femmes enceintes repérées comme vulnérables vers le service de PMI (Professionnels de santé libéraux et hospitaliers y compris du champ de la psychiatrie et de l'addiction, associations d'hébergement et d'accueil, Centre Maternel, SASP, Mission Locale, ESAT, réseaux de périnatalité, ...) • Renforcement des ressources médicales et de coordination du service pour permettre de sortir de la gestion de l'urgence au quotidien • Développement du recours à l'interprétariat pour faciliter les EPP auprès des femmes étrangères • Formation collective à l'EPP de l'équipe de sages-femmes de PMI qui n'ont pas encore bénéficié de la formation • Proposition systématique d'un EPP à toutes les femmes suivies en consultation de PMI et à l'initiation de tout accompagnement à domicile
<p>Identification des acteurs à mobiliser</p>	<p>Agents du Département : Médecin départemental, sages-femmes, secrétaires centrales et territoriales, coordinatrice de l'offre de soin, direction de la communication, agents de la Mission d'Action Sociale de Proximité, agents de la MDPH, agents de l'ASE, Centres de Planification et d'Education Familiale.</p> <p>Partenaires externes : CAF, Réseau Régional Périnatal, professionnels de santé libéraux et hospitaliers y compris du champ de la psychiatrie et de</p>

	l'addiction, associations d'hébergement et d'accueil, Centre Maternel, SASP, Mission Locale, ESAT, réseaux de périnatalité, ...
Moyens financiers prévisionnels	<ul style="list-style-type: none"> • En année pleine = 187 000€ <ul style="list-style-type: none"> → RH = 1 ETP secrétariat (30 000€) – 3 ETP sages-femmes (150 000€), dont 1 ETP pour Strasbourg → Vacances d'interprétariat : 100 heures (4000€) → Logistique (matériel et frais de fonctionnement) = 3 000 € → Interfaçage des logiciels CAF/PMI (mission DSI à évaluer)
Calendrier prévisionnel	<p>2021 : formation de 100% des sages-femmes de PMI à l'EPP Promotion de l'EPP auprès de toutes les femmes enceintes via le carnet de maternité et auprès des professionnels de la naissance via le réseau périnatal interface CAF/ATYL à mettre en place ; indispensable pour obtenir les DG précocement 20% des femmes enceintes invitées un EPP par la PMI (facteurs de vulnérabilité repérés)</p> <p>2022 : poursuite des actions de promotion de l'EPP 10% des femmes enceintes bénéficient d'un EPP réalisé en PMI</p> <p>2023 : poursuite des actions de promotion de l'EPP 15% des femmes enceintes bénéficient d'un EPP réalisé en PMI dont au moins 20% en QPV</p>
Indicateurs de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de naissances vivantes dans le Bas-Rhin • Nombre d'entretiens prénataux précoces réalisés par la PMI dont détail QPV • Part des femmes enceintes ayant bénéficié d'un entretien prénatal précoce réalisé par la PMI dont détails QPV • Part des femmes enceintes accompagnées par la PMI suite à un EPP réalisé hors PMI
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • La réorganisation des circuits courriers internes à la CAF et la télédéclaration des grossesses aboutissent à l'arrêt de la transmission des cerfas de déclaration de grossesse par la CAF. L'information de la grossesse arrive très tardivement au service de PMI, via un formulaire généré à partir des données saisies dans la base allocataire. Ces données sont incomplètes (indicateurs manquant pour le repérage des vulnérabilités) et le délai de transmission empêche toute proposition de service précoce pour la PMI, notamment les EPP. Une solution locale est à l'étude, mais son développement est freiné par l'annonce d'un dispositif national qui tarde à se mettre en place depuis 2014. • L'augmentation du nombre d'EPP réalisés par la PMI risque de créer un climat concurrentiel avec les professionnels hospitaliers ou libéraux qui effectuent <u>et facturent</u> les EPP pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie (enjeu économique).

	<ul style="list-style-type: none">• Le service de PMI du Bas-Rhin a une activité de consultation très réduite, or l'EPP est défini comme un acte de consultation ; il faudrait donc valider la réalisation d'EPP à domicile.
--	--

FICHE ACTION N° 2 ENGAGEMENT 1 – OBJECTIF FONDAMENTAL 2 Faire progresser le nombre de bilans de santé en école maternelle réalisés par la PMI et se rapprocher du contenu de l'examen de santé tel que défini dans le carnet de santé	
Référent : Médecin départemental de PMI67	
Etat des lieux	<p><u>Niveau des indicateurs nationaux dans le Bas-Rhin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 253 écoles maternelles publiques et 3 privées • 37 261 enfants scolarisés dans le cycle pré-élémentaire en 2019/2020 soit une moyenne de 12 420 enfants par classe d'âge • Les enfants originaires d'un milieu défavorisé représentent 38% des élèves, taux supérieur de 5,2 points au taux national • 32 écoles maternelles en REP (dont 25 sur Strasbourg) soient environ 1600 élèves • Nombre d'enfants de 3-4 ans ayant bénéficié d'un bilan de santé en école maternelle (BSEM) réalisé par la PMI en moyenne section, dont réalisé par un médecin de PMI: 2017/2018 : 7006/1813 2018/2019 : 8061/1206 2019/2020 : 7479/877 année covid19 • Taux de couverture global des bilans de santé : 2017/2018 : 60% (35% à 68,5%) 2018/2019 : 65% (58% à 73%) 2019/2020 : 58% (32% à 70%) année covid19 <p>Les bilans de santé sont très majoritairement pratiqués par les infirmières puéricultrices en premier niveau ; les enfants repérés comme ayant un bilan anormal sont adressés pour examen médical diagnostic et prise en charge aux médecins traitants. Les médecins de PMI voient essentiellement des enfants présentant des troubles complexes du développement psychomoteur avant orientation vers des circuits de prise en charge spécialisés (CAMSP, CPO, CMP).</p> <p>Les BSEM sont particulièrement lourds à réaliser dans certains secteurs (REP et REP+) en raison du contexte social très défavorisé des familles (barrière linguistique, difficultés de compréhension, milieu carencés, enfants présentant des troubles complexes etc.). La question de l'orientation des enfants suite aux BSEM est également source de difficulté notamment en milieu rural (concentration des structures de prise en charge en zones urbaines voire exclusivement sur la Métropole).</p>
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la collaboration avec l'Education Nationale (le niveau académique et les directions d'école) pour faciliter l'organisation des BSEM • Renforcer la collaboration avec les équipes éducatives des écoles maternelles dans l'identification des situations prioritaires • Renforcer la collaboration avec la médecine scolaire pour garantir un BSEM pour tous les enfants avant l'entrée au CP

	<ul style="list-style-type: none"> • Atteindre un taux de couverture de 90 % de BSEM réalisés par la PMI dans les quartiers REP et REP + et/ou QPV (Eurométropole, Bischwiller, Haguenau, Saverne) ; • Atteindre un taux minimum de 70 % de BSEM réalisés par la PMI sur les autres territoires ; • Renforcer l'équipe médicale pour permettre aux médecins territoriaux d'assurer un plus grand nombre de bilans complémentaires pour des enfants en grande difficulté ; • Constituer une base de données permettant le pilotage de cette mission
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Se rapprocher de la DSDEN pour identifier les conditions de faisabilité d'un export automatisé des listes de mises en classe vers le logiciel ATYL • Participer autant que possible aux réunions de rentrée organisées par les écoles pour présenter le BSEM aux parents • Obtenir le concours systématique des directions d'école pour l'organisation des BSEM (informations des parents et planification des rdv) • Renforcer les ressources en secrétariat pour l'organisation des BSEM et la saisie des données • Renforcer les ressources paramédicales notamment sur les territoires REP pour permettre la réalisation de 9000 BSEM au total dont 1440 en zone REP (1600 bilans supplémentaires à réaliser) et accompagner les prises en charge ultérieures • Renforcer les ressources médicales pour les BSEM en zone REP • Systématiser les temps d'échange avec la médecine scolaire lors de la transmission des BSEM pour coordonner les interventions d'aval • Assurer systématiquement l'orientation des enfants dépistés vers les structures de prise en charge adéquates et le médecin traitant
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Agents du département : puéricultrices, secrétaires centrales et territoriales, médecins territoriaux.</p> <p>Partenaires externes : enseignants et équipes éducatives des écoles maternelles, service de promotion de la santé en faveur des élèves (médecins et infirmières de l'Education Nationale), médecine libérale, structures de prise en charge spécialisée (CASMP, CRTA, PCO...)</p>
Moyens financiers prévisionnels	<ul style="list-style-type: none"> • En année pleine : 197 000€ <ul style="list-style-type: none"> → RH = 3 ETP puéricultrices (135 000€) dont 2 ETP pour Strasbourg, 2 ETP secrétaires (60 000€) dont 1 ETP pour Strasbourg → Réorienter l'enveloppe vacances sur les BSEM (estimation de 0,5 ETP de vacances nécessaires pour réaliser 10% des BESM soient 30 000€ à flécher) → Logistique (matériel et frais de fonctionnement) = 2 000 € → Interfaçage des logiciels EN/PMI (mission DSI à évaluer)

<p>Calendrier prévisionnel</p>	<p>2020/2021 : année non évaluable 2021/2022 : recrutement et formation des professionnels Démarches auprès de la DSDEN et des directions d'école Point de coordination avec les médecins scolaires 70% des enfants vus en zone REP et 65% hors REP 2022/2023 : participation aux réunions de rentrée Organisation des bilans appuyée par les nouvelles ressources Coordination avec la santé scolaire 80% des enfants vus en zone REP et 70% hors REP</p>
<p>Indicateurs de mise en œuvre de l'action</p>	<p>Indicateurs pour l'ensemble du Département :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohorte d'enfants de 3-4 ans scolarisés en septembre N-1 • Nombre de BSEM réalisés par la PMI • Taux de couverture des BSEM réalisés par la PMI • Nombre d'enfants de 3-4 ans ayant bénéficié d'un bilan complémentaire réalisé par un médecin de PMI • Part des enfants de 3-4 ans ayant bénéficié d'un bilan complémentaire réalisé par un médecin de PMI • Taux de saisie des données dans le logiciel ATYL <p>Indicateurs en zone REP et REP+ :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohorte d'enfants de 3-4 ans scolarisés en septembre N-1 ; • Nombre de BSEM réalisés par la PMI ; • Part des enfants de 3-4 ans ayant bénéficié d'un BSEM réalisé par la PMI.
<p>Points de vigilance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La crise sanitaire liée à la COVID19 est un frein à la réalisation des BSEM au moins encore pour l'année 2020/2021 • Les BSEM ne sont pas obligatoires et certaines familles refusent qu'ils soient pratiqués par la PMI, préférant faire réaliser ce bilan en médecine libérale • Le volet médical de ce bilan de santé ne peut être assuré en l'absence de ressources médicales (difficulté de recrutement de médecins de PMI) ; il serait pertinent de valider au niveau national un référentiel de bilan de dépistage paramédical, qui permettrait de sécuriser le travail des infirmières puéricultrices et de valoriser leur savoir-faire propre, leur permettant de s'inscrire dans un continuum de dépistage et d'orientation de l'enfant vers des structures de diagnostic où la ressource médicale est présente ; le travail actuel sur un protocole national de coopération médecin/infirmière puéricultrice est attendu sur ce point. • Certaines écoles ne permettent pas l'organisation des BSEM dans des conditions satisfaisantes de sécurité, d'hygiène, de confort et de confidentialité. Il serait pertinent de valider la possibilité d'organiser certains BS sous forme de consultations en centre de PMI • L'organisation des BSEM est chronophage en raison de contraintes logistiques liées à l'absence de systèmes informatiques opérationnels du côté de l'EN et au manque de priorisation de cette activité par les directions d'école. Il serait pertinent d'impulser au niveau national

	<p>une dynamique de collaboration entre les établissements scolaires et la PMI pour obtenir des exports de listes de « mises en classe » utilisables directement dans les logiciels de PMI pour la planification des rendez-vous et une participation des équipes pédagogiques à la motivation des familles</p>
--	---

FICHE ACTION N° 3 ENGAGEMENT 1 – OBJECTIF FONDAMENTAL 3 Doublé le nombre de visites à domicile (VAD) pré et postnatales réalisées par des sages-femmes de PMI en faveur des familles vulnérables	
<i>Référent : Médecin départemental de PMI67</i>	
Etat des lieux	<p><u>Niveau des indicateurs nationaux 2019 dans le Bas-Rhin :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre de naissances vivantes dans le Bas-Rhin : 12 397• Nombre de VAD pré et postnatales réalisées par des sages-femmes de PMI : 2095• Nombre de femmes ayant bénéficié d'au moins une VAD réalisée par une sage-femme de PMI : 1228• Part des femmes ayant bénéficié d'une VAD prénatale et/ou postnatale réalisée par une sage-femme de PMI : 10,5 %.• Indice de suivi : 1,7 visites par accompagnement <p><u>Pratique des VAD pré et postnatales de sages-femmes dans le Bas-Rhin :</u></p> <p>Les sages-femmes de PMI réalisent des accompagnements pour des femmes enceintes présentant une ou plusieurs vulnérabilités repérées lors de la déclaration de grossesse, de l'entretien prénatal précoce, sur orientation des professionnels partenaires ou sur demande directe des femmes enceintes.</p> <p>Les modalités d'information des femmes enceintes sur l'offre de service de la PMI varient en fonction de leur appartenance à une population à risque ciblée ou non :</p> <ul style="list-style-type: none">• Courrier de mise à disposition accompagnant l'envoi du carnet de maternité pour toutes les femmes enceintes du département, informant des coordonnées des professionnels de PMI de proximité à contacter et des services proposés• Courrier personnalisé de proposition de rendez-vous pour les femmes enceintes présentant un critère de vulnérabilité mineure repéré via la déclaration de grossesse ou sur information d'un partenaire• Contact téléphonique direct pour les femmes enceintes présentant un critère de vulnérabilité majeure, ou plusieurs critères associés, lorsque le n° de téléphone est connu, ou adressée par un partenaire ou sollicitant elle-même la PMI <p>Les modalités d'accompagnement associent VAD, entretiens au centre médico-social et consultations médicales au besoin. Ils se construisent dans le cadre d'un important travail de réseau mobilisant tous les intervenants en périnatalité de façon à proposer un parcours de soin sécurisé et un soutien psychosocial adapté à chaque patiente. Il est primordial de pouvoir délimiter un espace de confiance entre professionnels dans lequel la patiente va pouvoir évoluer sans crainte de jugement et va pouvoir confier ses difficultés dans une perspective de solution co-élaborée avec elle.</p> <p>L'essentiel des VAD réalisées par les sages-femmes de PMI se situent en période prénatale et s'intègrent dans une collaboration rapprochée avec les professionnels qui suivent les grossesses sur le plan strictement médical (libéraux ou hospitaliers). L'accompagnement post-natal de la sage-femme se fait plutôt sous forme d'entretien ou de consultation au centre</p>

	<p>médicosocial pour le volet de prise en charge maternel de suite de couches. La VAD destinée à accompagner la mise en place des interactions précoces et la prise en soin du nouveau-né est effectuée par les infirmières puéricultrices, qui prennent le relai sur le volet post-natal pédiatrique.</p>
<p>Objectifs opérationnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter le nombre de VAD prénatales notamment pour : <ul style="list-style-type: none"> - Les femmes enceintes vulnérables présentant des difficultés d'accès aux soins de proximité (difficultés de déplacement, désert médicaux, précarité monétaire...) - Les femmes orientées par les partenaires internes et externes pour lesquelles l'environnement de vie, dont le domicile, nécessite l'expertise de la PMI - Les femmes pour lesquelles une relation de confiance nécessite d'être initiée dans un environnement personnel sécurisant <p>Pour aboutir à un taux de couverture avoisinant les 15% des grossesses, correspondant à la proportion estimée de grossesses vulnérables dans les différentes publications et l'Enquête Nationale Périnatale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimiser le passage de relai vers l'infirmière puéricultrice pour le suivi pédiatrique post-natal et l'accompagnement dans le parcours de soin post-natal de la femme afin qu'elle devienne actrice de sa santé et se saisisse des enjeux du suivi préventif de sa santé
<p>Description de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des ressources médicales et de coordination du service pour permettre de sortir de la gestion de l'urgence au quotidien et disposer du temps nécessaire à l'augmentation d'activité • Collaboration avec la CAF pour une meilleure transmission des éléments de la déclaration de grossesse (critères de vulnérabilité, n° de téléphone) et l'identification des indicateurs sociodémographiques locaux de précarité • Collaboration avec le réseau régional périnatal sur l'analyse des indicateurs locaux de vulnérabilité • Optimisation de la saisie des facteurs de risques dans le logiciel ATYL à la déclaration de grossesse (génération des alertes) • Envoi systématiquement des courriers de mise à disposition via une procédure de publipostage à paramétrer dans le logiciel • Révision du circuit courrier en interne pour optimiser les propositions de rdv en période prénatale • Développement d'une messagerie sécurisée pour échanger des informations avec les partenaires de santé • Promotion de la VAD via le carnet de maternité • Promotion de l'entretien prénatal précoce (cf fiche action 1) comme voie d'accès à la VAD • Développement et entretien des réseaux de partenaires libéraux, hospitaliers et associatifs susceptibles d'orienter les patientes vers la PMI (staff périnatalité, rencontres territoriales, liaisons au quotidien autour des situations...) • Contact systématique avec les travailleurs sociaux de secteur lors de la réception d'une déclaration de grossesse (patiente connue antérieurement ?) et avec la MDPH

	<ul style="list-style-type: none"> • Optimisation des prises de rendez-vous et des rappels via SMS pour diminuer le taux de visites blanches • Développement du recours à l'interprétariat pour faciliter les VAD auprès des femmes étrangères • Pérennisation des visites dans les foyers maternels et en milieu protégé
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Agents du département : sages-femmes et puéricultrices de PMI, secrétaires centrales et territoriales, sage-femme coordinatrice, travailleurs sociaux, agents de la MDPH, agents de l'ASE</p> <p>Partenaires extérieurs : professionnels de la naissance libéraux, hospitaliers, secteur psychiatrique, secteur social associatif, police et gendarmerie, justice , milieux protégés (handicap et ASE)</p>
Moyens financiers prévisionnels	<ul style="list-style-type: none"> • En année pleine : 105 000 € <ul style="list-style-type: none"> → RH = 2 ETP sages-femmes (100 000€) dont 1 ETP pour Strasbourg → Vacances d'interprétariat = 100 heures (4 000€) → Logistique (matériel et frais de fonctionnement) = 1 000 € → Interfaçage des logiciels CAF/PMI (mission DSI à évaluer)
Calendrier prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> • 2021 : recrutement des professionnels, formation Optimisation des process et supports d'information et d'invitation, Renforcement des partenariats Augmentation de 20% des VAD (+400 en année pleine) soient 2400 VAD • 2022 : Bilan des partenariats et ajustements Analyse d'impact (indice de suivi, nombre de patientes différentes bénéficiant des VAD, pertinence des VAD dans l'accompagnement) Travail avec le réseau régional de périnatalité sur des indicateurs locaux de vulnérabilité (exploitation des résultats de l'Enquête nationale périnatale) Augmentation de 20% supplémentaires soient 2900 VAD • 2023 : bilan des partenariats et ajustements Adaptation de l'offre au besoin local (analyse différenciée par territoire et public) Augmentation des VAD si nécessaire et/ou diversification de l'offre d'accompagnement
Indicateurs de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de déclarations de grossesse dans le Bas-Rhin dont transmises en PMI • Nombre de courriers personnalisés proposant une VAD • Nombre de réunions partenaires autour des situations de vulnérabilité • Nombre de contacts téléphoniques pré-VAD • Taux de visites blanches • Nombre de VAD effectives réalisées par les sages-femmes de PMI • Nombre de femmes vues au moins une fois en VAD de PMI ; • Part des femmes vues en VAD de PMI sur l'ensemble des femmes enceintes et comparaison au taux attendu de vulnérabilité ajusté aux indicateurs locaux

Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none">• La VAD n'est pas le seul outil d'accompagnement en PMI et doit s'inscrire dans un ensemble cohérent d'offres de service complémentaires et ajustées au besoin de la femme enceinte• Certaines femmes ne souhaitent pas de visite du service de PMI à leur domicile (ressenti comme intrusif). Taux de visite blanche pouvant atteindre 34% en milieu urbain très précarisé• La définition du domicile peut être très large en PMI : CHRS, hôtels, squats, campements, milieu carcéral...• Une attention particulière doit être portée aux partenariats avec le milieu libéral notamment des sages-femmes, en plein essor, qui propose également des VAD pré et surtout post-natales et perçoit parfois l'activité de la PMI comme concurrentielle• La VAD de PMI n'a pas vocation à pallier le manque de dispositif d'HAD locale ni à répondre à elle seule aux difficultés d'accès aux soins dans les territoires en voie de désertification médicale• L'impact de la crise sanitaire liée à la COVID19 sur l'offre de service à domicile risque de durer encore plusieurs mois
----------------------------	---

FICHE ACTION N° 4 ENGAGEMENT 1 – OBJECTIF FONDAMENTAL 4 Atteindre 15% d'enfants de 0 à 2 ans bénéficiant de l'intervention à domicile d'une infirmière puéricultrice de PMI, notamment dans les familles vulnérables	
Réfèrent : Médecin départemental de PMI67	
Etat des lieux	<p><u>Niveau des indicateurs nationaux 2019 dans le Bas-Rhin :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'enfants de 0 à 6 ans (estimatif) : 72 000 ; • Nombre d'enfants de 0 à 2 ans (estimatif) : 25 000 • Nombre de VAD ayant pour motif un enfant de moins de 6 ans : 8739 <ul style="list-style-type: none"> ○ Dont nombre de VAD effectuées en période post-natale : 4127 ○ Dont nombre de VAD d'accompagnement : 4612 Environ 70% pour les moins de 3 ans : 3230 • Nombre d'enfants de moins de 6 ans ayant bénéficié d'une VAD : 6219 <ul style="list-style-type: none"> ○ Dont nombre d'enfant en période post-natale : 3812 ○ Dont nombre d'enfant pour un accompagnement : 2407 environ 70% de moins de 3 ans : 1700 • Part d'enfants de moins de 6 ans ayant bénéficié d'une VAD : 8,6% • Dont part d'enfants en période post-natale ayant bénéficié d'une VAD : 32% • Part d'enfants de moins de 6 ans ayant bénéficié d'une VAD pour l'Eurométropole (QPV, vulnérabilité++) : 9% <ul style="list-style-type: none"> ○ Dont part d'enfants ayant bénéficié d'une VAD post-natale pour l'Eurométropole : 35,5% <p><u>Pratique des VAD de puéricultrices dans le Bas-Rhin :</u></p> <p>Les puéricultrices de PMI réalisent des accompagnements de familles présentant une ou plusieurs vulnérabilités relevant de l'état de santé de l'enfant, de celui des parents, de la situation sociale de la famille ou de l'exercice difficile de la parentalité. Les visites à domicile s'inscrivent dans ces accompagnements comme un outil essentiel mais non exclusif du panel de propositions qui peuvent être faites à la famille et adaptées à chaque situation particulière. Elles complètent le suivi de l'enfant en consultation de puériculture ou en consultation médicale, les ateliers parentaux et autres actions collectives d'éducation à la santé et de soutien à la parentalité proposés par les professionnels de PMI, en partenariat avec de nombreux acteurs de la santé, de l'accueil et de l'éducation du jeune enfant, et des services aux familles qui concourent au bien-être du jeune enfant.</p> <p>Deux types d'intervention à domicile se distinguent dans le Bas-Rhin :</p> <p><u>La visite post-natale</u>, proposée dans les jours qui suivent le retour à domicile de la mère et de son nouveau-né et jusqu'à 3 mois après la naissance. Il s'agit normalement d'une intervention tout public, dont le critère de ciblage principal est la vulnérabilité du nouveau-né dans son nouvel environnement de vie, et celle des « nouveaux parents » qui doivent se penser comme tels. Elle intègre une approche de prévention universelle proportionnée à savoir des interventions pour tous les parents, en fonction de leurs besoins à un moment donné de leur parcours de parentalité et en lien avec les dispositifs ou offres existants par ailleurs.</p>

	<p>Néanmoins la charge de travail des professionnels de PMI les oblige à cibler cette intervention sur des critères de vulnérabilité voire de danger, ce qui en fait un outil de prévention universelle moins performant.</p> <p><u>La visite d'accompagnement</u>, proposée quel que soit l'âge de l'enfant, dès lors qu'un facteur de vulnérabilité médicale, psychosociale ou éducative est repéré. Elle est destinée à soutenir les parents dans un moment à risque pour la famille et à trouver avec eux des solutions pérennes aux difficultés rencontrées, dans l'intérêt de l'enfant.</p> <p>Ces deux types d'intervention se complètent et devraient permettre d'instaurer un climat de confiance entre les familles et les professionnels chargés de les accompagner dans une approche préventive au service de la bienveillance de l'enfant ; cependant dans les faits, l'insuffisance de moyens ne permet pas de proposer la VAD post-natale à tous les nouveaux-parents, obligeant les puéricultrices de PMI à intervenir déjà sur des critères de vulnérabilité psychosociale, qui stigmatisent les parents et compromettent d'emblée la relation de confiance indispensable à ce type d'intervention.</p> <p>L'objectif de 15% d'enfants bénéficiant d'une intervention à domicile ne nous paraît pas pertinent ainsi posé, car laissant supposer que seuls 15% des enfants seraient exposés à des facteurs de vulnérabilité. Or la vulnérabilité n'est pas un état, elle résulte d'une dynamique et doit être pensée comme pouvant concerner n'importe quel enfant dans n'importe quel milieu social à un moment de son existence. A l'heure actuelle, un tiers des enfants à la naissance bénéficient d'une intervention de la PMI à domicile sur facteurs de vulnérabilités repérés, ce qui représente déjà le double de l'objectif national proposé. Il faudrait pouvoir proposer ensuite un accompagnement optimum à toutes ces familles, qui puisse être sinon réalisé au moins coordonné par les professionnels de PMI. Par ailleurs, le programme de retour à domicile post-natal (PRADO) s'est beaucoup développé ces dernières années et nécessite de revoir les points d'articulation avec les interventions de PMI afin d'optimiser les compétences mobilisées.</p> <p>Aussi l'objectif fondamental de 15% des enfants de 0 à 2 ans bénéficiant d'une intervention à domicile doit s'entendre pour nous, à l'exclusion des visites post-natales immédiates.</p>
<p>Objectifs opérationnels</p>	<ul style="list-style-type: none">• Atteindre un taux de 15% d'enfants de 0 à 2 ans bénéficiant de visites d'accompagnement, centrées sur des vulnérabilités particulières repérées notamment lors des visites post-natales immédiates, ou sur information des partenaires (environ 3750 enfants, pm 1700 estimés actuellement) <p>Ce qui représente environ 2000 enfants supplémentaires à voir par rapport à l'activité actuelle du service. En termes d'accompagnement cela représenterait une augmentation de 4160 VAD annuelles compte-tenu de notre moyenne de VAD par accompagnement (2,08), soit plus du double des VAD d'accompagnement réalisées par le service pour cette tranche d'âge.</p>

<p>Description de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des ressources paramédicales et de coordination du service pour permettre de sortir de la gestion de l'urgence au quotidien et disposer du temps nécessaire à l'augmentation d'activité • Modifier le paramétrage des alertes des CS8, 9 et 24 du logiciel ATYL afin d'optimiser la proposition des VAD sur les critères médicaux, à la demande d'un professionnel de santé ou à la demande des parents (données recueillies sur les CS) • Développer une messagerie sécurisée pour pouvoir échanger les informations avec les professionnels de santé partenaires et notamment les maternités (fiches de liaisons, info naissances en temps réel) et les services d'hospitalisation pédiatrique • Optimiser l'exploitation de l'ensemble des critères médico-psycho-sociaux des déclarations de grossesse, des avis de naissance et des certificats de santé de l'enfant ainsi que les demandes directes des parents (ressources humaines+) • Envoyer systématiquement des courriers de mise à disposition via une procédure de publipostage à paramétrer dans le logiciel • Revoir le circuit courrier en interne pour optimiser les propositions de rdv en période post-natale • Collaboration avec le réseau régional périnatal et l'ORS Grand-Est sur l'analyse des indicateurs locaux de vulnérabilité (convention d'échange de données en cours d'élaboration) • Promotion de la VAD via le carnet de maternité (cf fiche action 1) • Promotion de l'entretien prénatal précoce (cf fiche action 1) comme voie d'accès à la VAD post-natale précoce • Systématisation du relai de suivi entre sages-femmes et puéricultrices de PMI • Développement et entretien des réseaux de partenaires libéraux, hospitaliers et associatifs susceptibles d'orienter les patientes vers la PMI (staff périnatalité, staff de néonatalogie, liaisons avec les urgences pédiatriques, rencontres territoriales, liaisons au quotidien autour des situations...) • Partenariat à entretenir avec les sages-femmes libérales pour une continuité des prises en charges dans le cadre du PRADO • Contribuer à la création du parcours de suivi de enfants vulnérables dans le cadre des orientations du réseau régional de périnatalité et renforcer le travail avec le service de néonatalogie • Contact systématique avec les travailleurs sociaux de secteur lors de la réception d'une déclaration de naissance (famille connue antérieurement ?) • Optimisation des prises de rendez-vous et des rappels (via SMS) pour diminuer le taux de visites blanches • Pérenniser la ligne téléphonique dédiée (écoute et conseil de puériculture) mise en place durant la crise sanitaire • Développement du recours à l'interprétariat pour faciliter les VAD auprès des femmes étrangères • Pérennisation des visites dans les foyers maternels et en milieu protégé
<p>Identification des acteurs à mobiliser</p>	<p>Agents du département : puéricultrices de PMI, secrétaires centrales et territoriales, cadres de santé et médecins, travailleurs sociaux, agents de la MDPH, agents de l'ASE</p>

	<p>Partenaires extérieurs : professionnels de la naissance libéraux, hospitaliers, secteur psychiatrique, secteur social associatif, les modes d'accueil de la petite enfance, police et gendarmerie, justice , milieux protégés (handicap et ASE)</p>
<p>Moyens financiers prévisionnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En année pleine : 127 000 € <ul style="list-style-type: none"> → RH = 1 ETP secrétariat (30 000€) – 2 ETP puéricultrices (90 000€) → Vacances d'interprétariat = 100 heures (4 000€) → Logistique (matériel et frais de fonctionnement) = 3 000 € → Requête BO à modéliser (dispo DSI à évaluer)
<p>Calendrier prévisionnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2021 : recrutement des professionnels, formation Optimisation des process et supports d'information et d'invitation, ligne dédiée à formaliser Renforcement des partenariats Augmentation de 25% des VAD d'accompagnement (+1000 en année de mise en place) • 2022 : Bilan des partenariats et ajustements Analyse d'impact (indice de suivi, nombre d'enfants différents bénéficiant des VAD, pertinence des VAD dans l'accompagnement) Travail avec le réseau régional de périnatalité et l'ORS GE sur des indicateurs locaux de vulnérabilité (exploitation des résultats de l'Enquête nationale périnatale et des CS8, 9 et 24) Augmentation de 50% supplémentaires (soient 3000 VAD de plus en année pleine/T0) • 2023 : bilan des partenariats et ajustements Adaptation de l'offre au besoin local (analyse différenciée par territoire et public) Augmentation des VAD si nécessaire (+ 1000) et/ou diversification de l'offre d'accompagnement
<p>Indicateurs de mise en œuvre de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'enfants de 0 à 2 ans dans le 67 • Dont nombre d'enfants en zone QPV (EMS et hors EMS) • Nombre de courriers personnalisés proposant une VAD • Nombre de réunions partenaires autour des situations de vulnérabilité • Nombre de contacts téléphoniques pré-VAD • Nombre de VAD d'accompagnement effectuées par la PMI pour un enfant de 0 à 2 ans hors VAD post-natale immédiate • Taux de visites blanches • Nombre d'enfants ayant bénéficié d'une VAD réalisée par la PMI et rapport à la population générale • Détail des indicateurs (VAD, enfants) en zone QPV • Nombre de CS8, 9 et 24 comportant une alerte au moins (requête BO) • Détail des motifs de VAD pour les moins de deux ans par territoire • Part des enfants de 0 à 2 ans vus en VAD de PMI sur l'ensemble des 0-2 ans et comparaison au taux attendu de vulnérabilité ajusté aux indicateurs locaux

Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none">• Le développement du programme PRADO a fortement impacté la pratique des VAD post-natales des puéricultrices de PMI, nécessitant une redéfinition des objectifs de ces visites en termes de prévention universelle proportionnée précoce et le développement d'une articulation qui ait du sens entre intervention de la sage-femme libérale et de la PMI ; beaucoup de travail reste à faire dans ce domaine concernant « le passage de relai » qui peut être perçu comme une activité concurrentielle par les sages-femmes libérales• Les familles les plus vulnérables peuvent être fuyantes (stratégie d'évitement) ou avoir du mal à respecter des rdv (rapport au temps et à l'urgence de survie) expliquant un taux de « porte close » important dans certains territoires• La VAD n'est pas le seul outil d'accompagnement en PMI et doit s'inscrire dans un ensemble cohérent d'offres de service complémentaires et ajustées au besoin de la famille• La définition du domicile peut être très large en PMI : CHRS, hôtels, squats, campements, milieu carcéral...• La crise sanitaire liée à la COVID perturbe grandement le travail à domicile
----------------------------	---

FICHE ACTION N° 5	
ENGAGEMENT 1 – OBJECTIF FONDAMENTAL 5	
Augmenter le nombre de consultations infantiles pour permettre qu'à horizon 2022, au moins 20 % des enfants bénéficient de consultations infantiles	
Réfèrent : Médecin départemental de PMI67	
Etat des lieux	<p><u>Niveau des indicateurs nationaux 2019 dans le Bas-Rhin :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre d'enfants de 0 à 6 ans (estimatif) : 72 000• Nombre de séances de consultation par an : 2719 (dont 1354 pour Strasbourg) soit une moyenne de 52 séances par semaine• Nombre d'examen cliniques réalisés par des médecins de PMI : 19430 (dont 9205 à Strasbourg) soit une moyenne de 7 enfants par séances<ul style="list-style-type: none">○ 5335 consultations sur 10225 sont pratiquées pour des enfants de moins d'un an (examens obligatoires) (données CD67)• Nombre d'enfants ayant bénéficié d'un examen clinique réalisé par un médecin de PMI : 7801 dont 3750 à Strasbourg ;<ul style="list-style-type: none">○ 1937 enfants de moins d'un an sur 4051 (données CD) soient 48% des consultants• Part d'enfants de 0 à 6 ans ayant bénéficié d'un examen clinique réalisé par un médecin de PMI : 10,8% (17,8% pour Strasbourg)<ul style="list-style-type: none">○ 22,5% des enfants de moins d'un an bénéficient de consultations en PMI (données CD) avec une moyenne de 3 consultations par enfant <p><u>Pratique des consultations infantiles dans le Bas-Rhin :</u></p> <p>Les consultations du nourrisson et du jeune enfant proposées par la PMI sont ouvertes à toute les familles mais les capacités d'accueil étant limitées par le défaut de ressource médicale, le service priorise les familles vulnérables et en difficulté d'accès aux soins de premiers recours. Par ailleurs la spécificité du développement du très jeune enfant et le respect des obligations vaccinales entraîne une fréquentation de ces consultations par une majorité d'enfant de moins de deux ans, les familles venant y chercher une expertise pédiatrique complémentaire à ce qu'elles pourraient trouver en médecine générale de ville, notamment en zones rurales où peu de pédiatres sont installés. Cette fréquentation dépend fortement de l'offre de soins libérale. En effet le taux de suivi par la PMI d'enfant de 0 à 6 ans sur l'ensemble du département avoisine les 10%, mais avec des pointes à 27% dans les territoires ruraux enclavés ou certaines zones urbaines sensibles désertées par la médecine libérale. Pour la Ville de Strasbourg ce sont près de 18% des enfants qui bénéficient de cet accès aux soins.</p> <p>Les consultations de PMI n'ont cependant pas pour vocation de se substituer aux dispositifs habituels de soins curatifs ; elles poursuivent des objectifs de médecine préventive et favorisent autant que possible le retour vers des circuits de soins curatifs de droit commun. Aussi beaucoup d'enfants sont suivis conjointement par la PMI et le médecin généraliste. Elles sont des relais privilégiés de problématiques de santé publique et</p>

	<p>participent à ce titre à l'éducation sanitaire de la population et la promotion de la santé individuelle et collective. Elles sont assurées par un médecin et une puéricultrice et certains lieux bénéficient d'un interprète et de partenaires assurant l'animation des salles d'attente, éducateurs de jeunes enfants, psychologues, diététicienne. Outre le suivi médical, la consultation du jeune enfant est un autre lieu possible d'actions de prévention médico-sociale :</p> <ul style="list-style-type: none">• accompagnement et soutien des parents dans leur rôle éducatif par le fait de contacts individuels et personnalisés lors de la consultation,• éducation à la santé soit individuelle lors de l'examen médical, soit collective dans la salle d'attente,• mise en place d'activités spécifiques autour du jeu notamment et des activités ludiques collectives (salle d'attente) <p>Les consultations sont implantées prioritairement dans les zones sensibles (QPV, ZRR...) mais ne couvrent pas tout le territoire faute de ressource humaine mais aussi faute de locaux disponibles. Cette situation est préoccupante dans certains territoires où les familles vulnérables cumulent les difficultés d'accès aux soins (ressource médicale déficitaire, difficultés de déplacements (pas ou peu de transports en commun), droits incomplets...). Aussi, l'amélioration de l'offre de service doit-elle se penser autant en termes de ressources humaines qu'en termes immobilier, voire en stratégie innovante du type consultations itinérantes (cf fiche action 13). Le code de la santé publique fixe des quotas d'activité pour les consultations de PMI (1 séance/semaine/200 enfants nés vivants) qui pour le Bas-Rhin devraient se situer autour de 62 séances offertes par semaine, alors qu'en pratique ce sont 52 séances qui sont proposées, permettant de voir en moyenne 7 enfants par séance.</p> <p>Compte-tenu du calendrier des examens obligatoires, plus de la moitié des consultations sont réalisées pour des enfants de 0 à 12 mois, et 22,5% de cette tranche d'âge est suivie en PMI. Néanmoins la demande est en augmentation constante et on note des délais de rdv supérieurs à 6 semaines dans la majorité des points de consultation, ce qui représente un vrai problème pour le respect du calendrier vaccinal.</p> <p>En extrapolant ce taux de couverture à la deuxième année de vie de l'enfant, et en supposant que la moyenne de consultation se situe à 2/enfant (2 rdv vaccinaux), il ne reste qu'un millier de consultations théoriques pour la tranche d'âge 3-6ans qui représente près de 32000 enfants dans le Bas-Rhin hors Strasbourg. En fait, la quasi-totalité de ces consultations est destinée à des enfants de 3 ans (soit environ 11% de la classe d'âge), sachant que la PMI voit plus de 60% des enfants de 4 ans à l'école maternelle. La proportion d'enfants de 5 et 6 ans vus en consultation est plus anecdotique.</p> <p>Pour atteindre un taux de 20% au moins sur la tranche d'âge des 3 ans sur l'ensemble du département, il faudrait donc augmenter la capacité d'offre de service de 1500 consultations au moins, ce qui représente environ 215 séances à raison de 7 consultations par séance, soient 900 à 1000 heures d'activité clinique médicale pure, auxquelles il convient de rajouter du temps de liaison médicale pour orienter les patients présentant une pathologie vers les structures de soin spécialisées (500 heures estimées).</p>
--	---

	Au total 1ETP médical exclusivement clinique est à prévoir, auquel s'ajoutera du temps de secrétariat et de coordination de l'offre de soin.
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Atteindre 20 % d'enfants de 0 à 3 ans suivis sur l'ensemble du département, notamment les plus vulnérables et en difficulté d'accès aux soins ; • Assurer un plus grand nombre de consultations pour les enfants en grande difficulté et notamment les enfants de 0 à 6 ans confiés à l'ASE (lien avec le parcours de santé des enfants confiés et le programme PEGASE) et les enfants très vulnérables (dispositifs MDI sur l'EMS) • Adapter notre base de données pour le pilotage de cette activité (requêtes BO à construire)
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'équipe médicale pour permettre aux médecins territoriaux d'assurer le surplus d'activité clinique et de liaisons médicales nécessaires • Renforcer les ressources de secrétariat et de coordination de l'offre de soin en territoire pour assurer l'appui logistique au équipes médicales • Prospecter des nouveaux lieux de consultation ou négocier des créneaux supplémentaires dans les lieux existants où le besoin est identifié (mobiliser les contrats départementaux) et équiper les nouveaux sites • Communication sur les nouvelles offres de service (médecine libérale, services hospitaliers, pharmacies, mairies, EAJE, école et centres de loisirs, CSC, EVS et maisons des services...) • Consolider le partenariat avec la médecine de ville dans le suivi conjoint et coordonné des enfants (rencontres, liaisons, collaboration spécifique avec les Maisons de santé...) • Consolider les collaborations existantes avec les structures spécialisées (CAMSP, CMP, PCO, CRTA...) • Adapter le logiciel ATYL pour l'extraction de données spécifiques (analyse de fréquentation des consultation par tranches d'âge, vulnérabilité spécifique, orientations...)
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Agents du département : médecins territoriaux, puéricultrices, secrétaires centrales et territoriales, cadres de santé, agents des services sociaux et Equipe d'Animation Territoriale</p> <p>Partenaires extérieurs : professionnels de santé libéraux, maternités et services pédiatriques, structures spécialisées, collectivités territoriales, EPCI, milieu associatif</p>
Moyens financiers prévisionnels	<ul style="list-style-type: none"> → En année pleine : 126 500€ → RH médicales : 1 500 heures de clinique sous forme de vacations et/ou de postes de médecins territoriaux (90 000 €, dans l'idéal 1,5 postes) dont 0,5 pour Strasbourg → 1 ETP secrétaire (30 000€) → Logistique (matériel et frais de fonctionnement) = 6 500 €
Calendrier prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> • 2021 : recrutement des professionnels, formation Renforcement des partenariats Prospection de sites et équipement Augmentation de 500 consultations pour la tranche d'âge des 2/3 ans

	<p>Construction requête BO</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2022 : Bilan des partenariats et ajustements Analyse d'impact (nombre d'enfants différents bénéficiant des CN/CJE par tranches d'âge, par vulnérabilité, vaccinations) Travail avec le réseau régional de périnatalité et l'ORS GE sur des indicateurs locaux de vulnérabilité (exploitation des résultats de l'Enquête nationale périnatale et des CS8, 9 et 24) Augmentation de 500 consultations (+1000 par rapport à N0) • 2023 : idem Atteinte objectif de 20% d'enfants de 0 à 3 ans bénéficiant des consultations de PMI dans l'ensemble du département
<p>Indicateurs de mise en œuvre de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'enfants de 0 à 6 ans résidents dans le Bas-Rhin (détails par tranches d'âge) • Nombre de consultations pour les enfants de 0 à 3 ans effectuées par la PMI, détail par territoire notamment zones sensibles • Nombre d'enfants de 0 à 3 ans ayant bénéficié d'au moins une consultation en PMI, détail par territoire notamment zones sensibles • Suivi des vaccinations proposées en PMI • Suivi de cohorte PEGASE (nombre d'enfants différents par âge, nbr d'actes, nbr d'orientations) • Suivi de l'activité spécifique MDI (nombre d'enfants différents par âge, nbr d'actes, nbr d'orientation) • Suivi de l'activité spécifique « parcours de santé des enfants confiés » (nombre d'enfants différents par âge, nbr d'actes, nbr d'orientation)
<p>Point de vigilance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'offre de soin gratuite de la PMI n'est pas toujours perçue positivement par les médecins libéraux, notamment par les pédiatres qui y voient une certaine concurrence notamment dans les zones de concentration médicale (certaines zones urbaines dont l'EMS) • La proximité des sites de consultation est un véritable enjeu dans certains territoires ruraux où les familles les plus vulnérables rencontrent de grandes difficultés de déplacement • Trouver des locaux adaptés est très difficile dans certains territoires (pas de volonté politique locale) • La crise majeure du recrutement des médecins en PMI, liée au manque d'attractivité du statut et/ou du tarif de la vacation, risque d'empêcher la mise en œuvre de cette action • La crise sanitaire liée à la COVID perturbe l'organisation des consultations notamment en limitant le nombre des rendez-vous pour éviter le croisement des populations en salle d'attente.

FICHE ACTION N° 6

Renforcer le dispositif d'évaluation des informations préoccupantes

ENGAGEMENT 2 – OBJECTIF 6

Renforcer les moyens, les ressources et la pluridisciplinarité des cellules de recueil des informations préoccupantes (CRIP) pour atteindre sur l'ensemble du territoire un délai maximal de trois mois par évaluation

Référents : Chef de projet Pilotage stratégique – Chef de service CRIP

Etat des lieux

Le nombre de mineurs concernés par au moins une information préoccupante (IP) réceptionnée par la CRIP au cours de l'année civile est en augmentation depuis 2012.

La CRIP 67 est la porte d'entrée des IP : 4 285 informations préoccupantes concernant 3 500 mineurs pour l'année 2019. Chaque jour, les Coordinateurs Territoriaux prennent connaissance des éléments des nouvelles informations entrantes, analysent le degré d'urgence et la pertinence de faire procéder à une évaluation médico-sociale au vu des éléments qu'ils détiennent et faire une proposition de traitement de la situation reçue :

- Classement ;
- Envoi aux territoires pour compétence ;
- Examen de l'information préoccupante et demande d'évaluation médico-sociale aux territoires ou partenaires concernés ;
- Transmission à l'autorité judiciaire des situations de danger grave et immédiat et en cas d'absence de collaboration de la famille.

Les services de la Collectivité - unité du 67 - disposent depuis 2007 d'un guide de l'alerte et du signalement. Il constitue un appui pour déterminer le niveau de risque ou de danger auquel un mineur peut être exposé.

Il est précisé les différents rôles de la CRIP : instruire les dossiers enfance en danger, être un pôle d'écoute aux particuliers, être un pôle de conseil aux professionnels, coordonner les différents partenaires pour une prise de décision adaptée à chaque situation d'enfant en danger.

Cela permet d'éviter notamment l'isolement des professionnels ainsi que d'éventuelles appréciations divergentes, voire des évaluations incomplètes. La CRIP anime ainsi la Commission de Coordination Enfance en Danger (C.C.E.D) qui permet l'étude approfondie des dossiers complexes.

Les professionnels en charge de l'évaluation des informations préoccupantes sont constitués en équipes médico-sociales territoriales pluridisciplinaires : cadres de proximité, assistants sociaux, conseillères en économie sociale et familiale, psychologues, médecins, sages-femmes, éducateurs de jeunes enfants, infirmières, puéricultrices.

Dans le cadre de la mise en œuvre du décret du 28 octobre 2016 relatif à l'évaluation de la situation de mineurs à partir d'une information préoccupante, un process harmonisé sur le territoire du Bas-Rhin a été mis en place pour tous les professionnels qui contribuent à la réalisation des évaluations depuis 2019.

	<p>La consultation du cadre et, le cas échéant, le passage en instance d'analyse permettent de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que le travail réalisé par les évaluateurs a bien permis d'explorer tous les aspects de la vie de l'enfant, - Mesurer l'adhésion des parents, - Elaborer une proposition qui respecte l'intérêt de l'enfant et ses besoins. <p>De plus, pour faire face à l'activité et renforcer les compétences, ont été créés dans le même temps 5 premiers postes spécialisés d'évaluateurs (TS et puéricultrices) exclusivement dédiés à la mission d'évaluation des IP et positionnés en premier lieu sur les évaluations qui requièrent une intervention « sans délai ».</p> <p>Ils se sont constitués en réseau des évaluateurs spécialisés, dans l'objectif de devenir ressource pour leurs collègues en terme de connaissances :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des besoins fondamentaux de l'enfant, - du repérage des signes de souffrance notamment chez les très jeunes enfants, - des conséquences des carences et négligences, - des dispositifs départementaux de soutien à la parentalité et d'aide sociale à l'enfance. <p>Par ailleurs, l'ensemble des travailleurs médico-sociaux de l'Action Sociale de Proximité et de la PMI participent activement à l'évaluation des informations préoccupantes.</p> <p>Depuis 2015, de nombreux professionnels des UTAMS, des Unités Territoriales de la Ville de STRASBOURG, de la PMI et de l'ASE ont pu bénéficier d'une formation CNFPT autour de la question de l'évaluation en protection de l'enfance et du Projet pour l'enfant de 3 jours chacune.</p> <p>Toutefois, l'augmentation de l'activité IP à la CRIP et dans les territoires ne permet pas d'assurer systématiquement un retour dans les trois mois.</p>
<p>Objectifs opérationnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les compétences des cadres et des équipes en matière d'évaluation en protection de l'enfance, en formant à la protection de l'enfance et au référentiel national d'évaluation commun pour développer une culture et un langage communs ; • Renforcer les moyens humains de la CRIP ; • Être plus réactif dans le traitement des informations préoccupantes.
<p>Description de l'action</p>	<p>Renforcer les moyens humains pour permettre à la CRIP de transmettre et de traiter plus rapidement les situations d'enfance en danger.</p> <p>Permettre aux territoires de prendre en charge l'évaluation des situations familiales dans des délais plus restreints.</p> <p>Assurer l'information et la formation des professionnels impliqués dans l'évaluation des situations d'enfant en danger ou en risque de l'être.</p>
<p>Identification des acteurs à mobiliser</p>	<p>Agents de la CeA : CRIP/UTAMS/PMI/ASE/DAPI</p> <p>Partenaires extérieurs : ARS, MDPH, Ville de Strasbourg, services médico-sociaux du milieu ouvert, centres maternels/parentaux, MECS, FAE, EN/SSFE, ..., organismes de formation, CNFPT et DDETS.</p>

<p>Moyens financiers prévisionnels</p>	<p>Financement Etat (BOP 304) :</p> <p>2021</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 000 € : financement de formations ; • 35 000 € : renfort de l'équipe CRIP par un poste d'instructeur ; • 100 000 € : renfort des équipes en charge de l'évaluation (2,5 ETP de travailleurs sociaux). <p>2022</p> <ul style="list-style-type: none"> • 45 000 € (année 2022) : financement de formations ; • 160 000 € (année 2022) : création de 3 postes de travailleurs médico-sociaux et d'un poste d'instructeur. <p>2023 : 205 000€ dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 160 000 € : 3 postes de travailleurs médico-sociaux et un poste d'instructeur • 45 000€ : financement de formations ;
<p>Calendrier prévisionnel</p>	<p>T1 – 2021 = renfort d'un poste d'instructeur à la CRIP et formation des agents.</p> <p>T2 – 2022 = poursuite des formations (cadres et équipes) et création de 3 postes de travailleurs médico-sociaux.</p> <p>T3 – 2023 = appropriation du référentiel national d'évaluation des informations préoccupantes par les équipes et les cadres et travail spécifique sur le référentiel HAS au sein du réseau des évaluateurs spécialisés en IP.</p>
<p>Indicateurs de mise en œuvre de l'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'IP entrantes ; • Nombre d'IP évaluées ; • Nombre d'IP évaluées en moins de 3 mois ; • Nombre d'agents formés (TMS et cadres) ; • Déploiement des ressources RH.
<p>Points de vigilance</p>	<p>Converger vers une culture commune au sein de la CeA ainsi qu'avec les acteurs qui concourent à la mission de protection de l'enfance.</p>

<p>FICHE ACTION N° 13 Création de postes de travailleur social « Aide à la Parentalité »</p> <p>ENGAGEMENT 2 – OBJECTIF 19 Diversifier l'offre en matière de protection de l'enfance à domicile</p>	
<p>Référents : Direction de l'Action Sociale de proximité</p>	
<p>Etat des lieux</p>	<p>La politique de soutien à la parentalité est une politique dont l'objectif consiste à répondre aux mutations de la famille et aux évolutions des conditions d'exercice du rôle de parent. Cette politique publique consiste à épauler les parents en les informant, les écoutant et en mettant à leur disposition des services et des moyens leur permettant d'assumer pleinement leur rôle.</p> <p>En France, le soutien à la parentalité s'enrichit également de nombreux dispositifs rattachés à d'autres politiques publiques, dont les acteurs ont constaté l'importance d'agir sur les parents pour atteindre leurs objectifs (Education Nationale, politique de la Ville, prévention de la délinquance, ...). La CeA, dans le cadre de ses missions de Protection Maternelle et Infantile et d'Action Sociale de Proximité, est un acteur majeur du soutien à la parentalité.</p> <p>En Alsace, la structure de la population bas-rhinoise est composée de 37 % de ménages avec enfants. Près d'une personne sur 5 (18 %) rencontrée dans les Unités Territoriales d'Action Médico-sociale (UTAMS) ou dans les Unités Territoriales (UT) de la Ville de STRASBOURG (hors PMI) l'a été pour une ou des problématiques liées à l'enfance.</p> <p>Concernant les personnes rencontrées pour une problématique enfance, l'activité est fortement centrée sur le soutien à la parentalité et la prévention, notamment par l'accompagnement au quotidien par les travailleurs sociaux, le Travailleur en Intervention Sociale et Familiale (TISF) et la mise en œuvre des mesures administratives d'Aide Educative à Domicile (AED) notamment.</p> <p>Un ménage avec enfant sur 5 fait l'objet d'une évaluation dans le domaine de la prévention ou de la protection.</p> <p>Plusieurs constats sont réalisés : besoin de coordonner l'action des acteurs institutionnels et associatifs sur les territoires, difficultés de mobilisation et d'information efficace des parents, l'action collective ne correspond pas aux besoins de toutes les familles.</p>
<p>Objectifs opérationnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diversifier l'offre en matière de protection et de prévention de l'enfance à domicile ; ▪ Créer des postes de travailleur social « aide à la parentalité ».
<p>Description de l'action</p>	<p>Les unités territoriales d'action médico-sociales (UTAMS et UT de Strasbourg) développent un service de proximité afin d'assurer le soutien des familles, prévenir les risques et le danger encourus pour certains enfants et de fournir des conseils personnalisés de proximité accessibles pour toutes les familles.</p>

	<p>Pour certaines familles, le besoin d'être accompagnées - en-dehors d'une procédure administrative d'Aide sociale à l'enfance -, sur leurs fonctions parentales et de manière plus soutenue, est nécessaire.</p> <p>Le travailleur social « aide à la parentalité » est chargé de développer des axes de soutien à la parentalité, en lien avec les professionnels médicosociaux des unités territoriales et des partenaires du territoire œuvrant dans le domaine socioéducatif. Il intervient particulièrement lorsque les conflits familiaux sont prégnants.</p> <p>Le soutien à la parentalité s'axe sur plusieurs modes d'intervention : individuel, collectif et en réseau partenarial.</p> <p>Ce professionnel spécialiste du soutien de la fonction parentale contribue à repérer et à analyser les éventuelles situations de risque ou de danger et à proposer des actions visant à protéger l'enfant.</p> <p>L'intervention de ce professionnel vise ainsi à prévenir les prises en charge en assistance éducative.</p> <p>Ce projet s'inscrit en cohérence avec le déploiement du Schéma Départemental d'Accompagnement et de Soutien aux Familles.</p>
<p>Identification des acteurs à mobiliser</p>	<p>Agents de la CeA :</p> <p>Sur le territoire Bas-Rhinois, 5 UTAMS avec 14 équipes médico-sociales dont l'Action sociale de proximité et la PMI.</p> <p>La CeA délègue la mise en œuvre de ses missions d'action sociale de proximité à la Ville de STRASBOURG et en assure le financement.</p> <p>Partenaires extérieurs :</p> <p>Mobilisation d'acteurs ressources de l'environnement et autour de la famille (notamment la CAF), structures de la petite enfance, de l'enfance, de l'adolescence, etc.</p>
<p>Moyens financiers prévisionnels</p>	<p>2021</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 40 000 € x 1,8 ETP d'amorçage des actions d'aide à la parentalité <p>Soit un total de 72 000 €.</p> <p>2022</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 40 000 € x 10 postes couvrant l'ensemble du territoire bas-rhinois de la Collectivité européenne d'Alsace (400 000 €) ; ▪ 0,5 ETP de coordonnateur projet (22 500 €). <p>Soit un total de 422 500 €.</p> <p>2023</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 40 000 € x 10 postes couvrant l'ensemble du territoire bas-rhinois de la Collectivité européenne d'Alsace (400 000 €) ; ▪ 0,5 ETP de coordonnateur projet (22 500 €). <p>Soit un total de 422 500 €.</p>

Calendrier prévisionnel	T1 – 2022 : Coût des postes en année pleine : 422 500 € pour le territoire bas-rhinois de la CeA. T2 – 2023 : Renforcement du réseau métier des éducateurs à la parentalité, y compris ceux de la Ville de Strasbourg ; Bilan annuel des interventions réalisées.
Indicateurs de mise en œuvre de l'action	<ul style="list-style-type: none">▪ Nombre de postes déployés ;▪ Nombre de familles accompagnées par les éducateurs à la parentalité dont dans les zones rurales et dans les QPV ;▪ Nombre d'enfants accompagnés par les éducateurs à la parentalité dont dans les zones rurales et dans les QPV ;▪ Nombre de familles accompagnées n'ayant pas souhaité poursuivre l'accompagnement.
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none">▪ Veiller à la bonne articulation avec les travailleurs sociaux de secteur, les TS Aide Educative à Domicile et les professionnels Spécialisés Evaluation Enfance (TS et puéricultrices) ;▪ Contexte sanitaire lié au COVID (suspension ou retard des projets).