

LES INTERVENTIONS À DOMICILE EN PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE. RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE NATIONALE

Thomas Saïas, Caroline Clavel, Romain Dugravier, Augusta Bonnard, Julie Bodard

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2018/4 Vol. 30 | pages 477 à 487

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-4-page-477.htm>

Pour citer cet article :

Thomas Saïas *et al.*, « Les interventions à domicile en Protection maternelle et infantile. Résultats d'une étude nationale », *Santé Publique* 2018/4 (Vol. 30), p. 477-487.

DOI 10.3917/spub.185.0477

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Les interventions à domicile en Protection maternelle et infantile. Résultats d'une étude nationale

Maternal and child protection services at home. Results from a national study

Thomas Saïas¹, Caroline Clavel¹, Romain Dugravier², Augusta Bonnard³, Julie Bodard³

➡ Résumé

Les services de Protection maternelle et infantile constituent en France la porte d'entrée en matière de prévention précoce dans la trajectoire de vie. Intervenant notamment à domicile, ils permettent d'offrir des services de prévention et de promotion de la santé aux familles accueillant un nouveau-né. Cet article présente les résultats d'une enquête nationale menée auprès des conseils départementaux français et portant sur l'intervention à domicile, son cadre, son contenu et ses limites. Soixante départements ont répondu à l'enquête. Les principaux résultats font état d'une difficulté actuelle pour rejoindre la population-cible et lui proposer des services adaptés. Les limites structurelles et fonctionnelles des services ne permettent pas de garantir l'universalité de ceux-ci, ni leur effet auprès des familles. Les interventions sont désormais ciblées en fonction de facteurs de vulnérabilité et les professionnels bénéficient de peu de cadrage et de supervision. La multiplicité des missions confiées à ces services ainsi que le manque d'investissements publics expliquent en partie les difficultés rencontrées par ces services pour renforcer l'action à domicile.

Mots-clés : Services de santé maternelle ; Prévention primaire ; Santé infantile ; Santé maternelle ; Visites à domicile.

➡ Abstract

Maternal and child protection services ("PMI") are French universal services providing prevention and health promotion services to parents and their newborn children up to the age of 6. They specifically offer home visitation services in order to reach families that could not be seen otherwise. This paper presents the results of a national survey describing these home visitation services and their local implantation. Sixty French "départements" (59%), constituting the territorial unit for the PMI answered the survey. The results point out that family reach remains a challenge for these services. Organizational issues represent the main barrier to implement and deliver home visitation with sufficient reach and quality. The services now provide home visitation based on risk factors, while the universality of services seems to be no longer guaranteed. The number of tasks that the nurses have been charged with can explain these difficulties, as well as the lack of financial and human resources.

Keywords: Maternal health services; Primary prevention; Infant health; Maternal health; Home visits.

¹ Université du Québec à Montréal.

² Institut de Paris Brune.

³ Agence des nouvelles interventions sociales et de santé.

Correspondance : Thomas Saïas
thomas.saïas@uqam.ca

Réception : 02/05/17 – Acceptation : 26/03/18

Introduction

En France, les services de Protection maternelle et infantile (PMI) constituent la porte d'entrée sanitaire en matière de prévention. Destinés aux femmes enceintes et à leurs enfants jusqu'à l'âge de six ans, ils sont encadrés par les articles 2111-1 et 2112-2 du Code de la santé publique. Constituant l'unique action sanitaire décentralisée, ils sont administrés à l'échelle des 101 départements français, auxquels s'ajoute depuis 2016 la Métropole de Lyon disposant de son propre service de PMI. Les services de PMI ont pour objectif de participer à la « protection et la promotion de la santé maternelle et infantile », et notamment « 1. Des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants, 2. Des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies [...] » [1]. L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) estimait en 2006 à 18 % la proportion de femmes enceintes suivies par la PMI et le nombre d'enfants de 0 à 6 ans à 20 % [2]. Le rapport 2006 de l'IGAS estimait ainsi le budget national annuel de la PMI à environ 700 millions d'euros soit, à titre de comparaison, moins d'un dixième des dépenses en protection de l'enfance [3].

Plus de 5 100 points fixes de services de PMI [4] sont destinés aux 800 000 enfants et nouveau-nés chaque année en France, et à leurs parents. Les équipes multiprofessionnelles de la PMI (infirmières puéricultrices, infirmières, médecins, travailleurs sociaux, psychologues, sages-femmes, auxiliaires de puériculture, conseillers conjugaux, éducateurs de jeunes enfants, psychomotriciens...) exercent des missions de prévention et de promotion de la santé à travers diverses modalités d'interventions. Les consultations pédiatriques et de puériculture, les consultations de planification familiale et les visites à domicile constituent l'essentiel du volume d'activité des PMI en matière de prévention [4]. Les professionnels sont également chargés d'assurer des missions « de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans, ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps ; [de] surveillance et [de] contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans, ainsi que le contrôle, la surveillance et l'accompagnement des assistants maternels » et enfin « des actions de prévention et d'information sur les risques pour la santé liés à des facteurs environnementaux, sur la base du concept d'exposome » [1]. Créée par l'ordonnance du 2 novembre 1945,

la PMI a vu en 70 ans ses missions s'élargir de la lutte contre la mortalité infantile à la promotion de la santé et à la lutte contre les inégalités sociales de santé. Son spectre d'intervention est large et les moyens dont elle dispose pour atteindre ses objectifs diversifiés. Cependant, considérant l'impact des réformes territoriales [5] et le manque de moyens affectés à la PMI [6], des voix s'élèvent aujourd'hui pour attirer l'attention sur le rétrécissement du bassin de population éligible aux services de la PMI, pour en maintenir le caractère universel et prévenir la stigmatisation liée au recours aux services [6, 7]. L'absence de coordination nationale des PMI et leur décentralisation ne garantissent aujourd'hui pas l'égalité des services qui restent gérés à l'échelle départementale et qui sont ainsi dépendants de « la plus ou moins grande intensité de l'implication des élus départementaux dans ces politiques » [2].

Face à des moyens d'action de plus en plus réduits et à un champ d'action toujours plus large, une question centrale semble émerger. Elle porte sur l'articulation entre un service universel (service identique garanti à chaque famille) et un service sélectif (priorisation des familles selon un gradient de vulnérabilité). Face au rétrécissement des moyens, certains auteurs défendent une position « pragmatique », affirmant que « la PMI doit rester orientée vers les populations socialement défavorisées (en situation de pauvreté, de précarité ou de difficulté d'accès à la médecine de ville) ou psychologiquement vulnérables (sans être nécessairement précarisées) ou en situation de handicap et que, pour ce faire, elle doit renforcer le ciblage de ses interventions » [2]. D'autres auteurs prônent le maintien d'un service universel, au nom de l'égalité républicaine, affirmant que la PMI doit demeurer un « lieu ressource pour tous » [6].

Dans la poursuite des travaux de Marmot [8], il est de plus en plus fréquemment fait référence à la notion d'*universalisme proportionné* (service adapté en nature et en intensité selon les besoins de chaque famille). Dans le rapport IGAS de 2011, il est ainsi proposé d'assurer l'universalisme des actions de la PMI et de les compléter d'une dimension proportionnée en fonction des besoins des familles, et ce, en accentuant l'effort pour contacter les familles les plus en besoin, afin de leur proposer le service universel de la PMI [9].

Dans cette optique de « proportionnaliser » l'universel, l'action à domicile proactive de la PMI semble pertinente : « Le suivi consiste à rencontrer à domicile des femmes qui ne peuvent se déplacer ou qui n'en prendraient pas l'initiative (handicap, isolement...) ou le craindraient (situation irrégulière d'hébergement dans des squats ou des hôtels...) et encore celles qui ont été signalées notamment par les maternités pour des raisons médicales. Mais aussi et plus

souvent pour des raisons psychosociales. Ces visites à domicile (VAD), réalisées principalement par des puéricultrices, permettent de délivrer des conseils et un soutien ancrés dans la vie quotidienne, particulièrement utiles pour des femmes peu socialisées, en difficulté psychologique, désemparées par la présence d'un enfant » [2].

Dans d'autres contextes, internationaux et le plus souvent en situation expérimentale, le service de visite à domicile a fait état de son intérêt pour promouvoir les relations précoces, les comportements de santé ainsi que le devenir des parents et des enfants [10, 11]. Dans des contextes où les services publics universels sont peu ou non existants, ces services à domicile apparaissent centraux pour lutter contre les inégalités d'accès aux services sociaux et de santé.

Si les services de PMI représentent la porte d'entrée de la prévention en France, les visites à domicile y ont une fonction particulière. En effet, par la volonté de la force publique, exprimée à travers ces visites à domicile, l'objectif est bien de rencontrer toutes les familles, en commençant par celles ayant davantage de besoins identifiés ou déclarés.

Cependant, selon le type de service proposé (nature, intensité) et les critères de priorisation de ces services, certaines recherches appuient l'idée que le service à domicile, s'il n'est pas isomorphe aux besoins des familles, pourrait augmenter les inégalités sociales, renforçant les ressources s'adressant aux familles ayant déjà les capacités pour utiliser au mieux les services [12].

Si des données d'activité sont régulièrement colligées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), notamment en termes de volume d'activité, il n'existe pas à ce jour d'étude dressant un panorama sur les pratiques à domicile des services départementaux de PMI à l'échelon national. L'objectif de cette étude était donc, à travers une enquête menée en 2016 auprès des 101 départements français et de la Métropole de Lyon, de faire un état des lieux de l'activité à domicile des PMI en pré et postnatal, en en décrivant les moyens en communication et outils de communication), ainsi que les activités (pratiques et supervision) des professionnels.

Méthode

Participants

De mai à décembre 2016, les 101 départements français ainsi que la Métropole de Lyon (disposant de son propre service de PMI) ont été contactés par l'équipe de recherche.

Un courrier électronique prévenait les territoires de la démarche de recherche et un contact téléphonique était systématiquement recherché pour présenter le projet oralement à la personne responsable du service de PMI. À la suite de l'accord oral, le questionnaire était envoyé à la personne indiquée par le responsable du service.

Matériel

Le questionnaire portait sur différents aspects de l'activité des PMI, et notamment (a) les moyens de communication à destination du public cible, (b) les moyens pour contacter la population cible et les taux de contact, (c) les critères de priorisation pour l'activité à domicile, (d) les autres activités à la charge des visiteurs à domicile, (e) le support au service à domicile, (f) les attitudes des répondants par rapport au service à domicile offert par les PMI et (g) les besoins exprimés pour maintenir ce service.

Analyse des données

Les données chiffrées présentées ici ont fait l'objet d'analyses à plat (fréquences, moyennes).

Les réponses qualitatives ont été analysées à l'aide d'un processus d'analyse thématique qualitative [13]. Dans ce processus, l'ensemble des réponses est lu à plusieurs reprises avant de faire l'objet d'une thématisation. Dans cette thématisation, les unités de sens identifiées sont rassemblées dans des thèmes. À l'issue de cette phase, les thèmes sont regroupés en unités plus larges (sous-rubriques puis rubriques). Afin de ne perdre aucun lien avec les réponses d'origine, des codes sont systématiquement appliqués dans le texte originel.

Résultats

Participation

Sur les 102 départements de PMI, 99 ont pu être contactés durant la période de la recherche. Quatre-vingts services ont accepté de recevoir le questionnaire d'enquête et 60 (58,8 %) l'ont renvoyé. Les refus étaient à ce stade le plus fréquemment expliqués par une surcharge de travail et un manque de temps. Il est à noter qu'aucun département d'outre-mer n'a renvoyé le questionnaire.

Nous avons cherché à tester l'hypothèse selon laquelle les départements ayant répondu se singulariseraient sur plusieurs aspects. Utilisant les données de recensement de la population 2013 [14] et de la PMI, en 2013, nous n'avons observé aucune différence, entre les départements ayant répondu et les départements n'ayant pas répondu, sur le

nombre départemental des naissances, le taux de personnes vivant sous le seuil de pauvreté, l'activité de la PMI estimée par le volume de consultations, ou l'activité (nombre de visites) à domicile des PMI.

Le tableau I rapporte l'ensemble des résultats détaillés dans cet article.

Tableau I : Résultats synthétiques

Item	Répondants	Modalité de réponse	Effectif	%
Moyens de communication				
Comment faites-vous connaître votre service de PMI auprès des futurs parents ?	59	Envoi de plaquettes	44	74,6
		à tous les parents	37	62,7
	59	Envoi de mise à disposition	58	98,3
		à tous les parents	37	62,7
	59	Distribution de plaquettes dans les institutions partenaires	40	67,8
Comment faites-vous connaître votre service de VAD postnatal ?	57	Envoi de plaquettes	36	63,2
		à tous les parents	26	45,6
	56	Envoi de mise à disposition	54	96,4
		à tous les parents	29	51,8
	59	Distribution de plaquettes dans les institutions partenaires	43	72,9
Moyens de contact de la population cible				
Existe-t-il un protocole formalisé entre la CAF et la PMI pour faciliter le transfert d'informations concernant les grossesses ?	58	Oui	20	34,5
		Non	38	65,5
Avez-vous connaissance du numéro de téléphone des femmes enceintes au moment de la déclaration de grossesse ?	59	Oui	24	40,7
		Non	35	59,3
Quelle est la proportion de femmes enceintes de votre département qui ont au moins un contact physique avec votre service de PMI (consultation ou VAD) durant la grossesse ?	48	Moy = 20,3 % [sd = 8,7 ; 3,5-40,9]		
Priorisation pour l'activité à domicile				
Existe-t-il des critères (au niveau des caractéristiques des familles) déclenchant l'intervention prénatale des puéricultrices en VAD ?	59	Oui	46	78,0
		Non	13	22,0
Toutes les femmes accouchant bénéficient-elles d'un service à domicile par une puéricultrice, en période postnatale ?	59	Oui	2	3,4
		Non	57	96,6
Activité des visiteurs à domicile				
Parmi les professionnels suivants, lesquels effectuent des VAD postnatales, dans votre service de PMI ?	59	Puéricultrices	59	100,0
	57	Sages-femmes	51	89,5
	48	Infirmières	29	60,4
	43	Médecins	6	14,0
	39	Psychologues	5	12,8

Item	Répondants	Modalité de réponse	Effectif	%
Les puéricultrices réalisant des VAD postnatales ont-elles d'autres tâches à accomplir ?	60	Oui	60	100,0
Si oui, lesquelles ?	59	Accueil en PMI	45	76,3
		Permanences téléphoniques	35	59,3
		Animation de groupes	47	79,7
		Consultations infirmières	46	78,0
		Agréments assistantes maternelles	47	79,7
		Bilans scolaires	47	79,7
		Suivi médico-psychosocial	55	93,2
		Suivi santé des enfants confiés à l'ASE	23	39,0
		Travail autour des informations préoccupantes	55	93,2
Nombre d'items renseignés à la question précédente	59	0 à 2	1	1,7
		3 ou 4	1	1,7
		5 ou 6	17	28,8
		7 et plus	40	67,8
Au total, combien de temps peuvent-elles consacrer aux VAD, en moyenne ?	50	Moins d'une demi-journée par semaine	3	6,0
		Une demi-journée par semaine	7	14,0
		Deux à trois demi-journées par semaine	32	64,0
		Quatre à cinq demi-journées par semaine	8	16,0
		Plus de cinq demi-journées par semaine	0	0,0
Soutien à la visite à domicile				
Existe-t-il dans votre département un référentiel (guide / manuel / support) de l'intervention à domicile ?	57	Oui	11	19,3
		Non	46	80,7
Existe-t-il des temps de supervision ou d'analyse de pratiques pour les professionnels réalisant des visites à domicile ?	59	Oui	32	54,2
		Non	27	45,8
Attitudes par rapport au service à domicile				
Pensez-vous que l'action à domicile est un service utile ?	58	Oui	58	100,0
		Non	0	0,0
Pensez-vous que l'action à domicile est un service efficace pour les familles en bénéficiant ?	57	Oui	57	100,0
		Non	0	0,0
Pensez-vous que l'action à domicile est un service à valoriser ?	56	Oui	55	98,2
		Non	1	1,8

Moyens de communication à destination du public cible

En période prénatale, trois quarts (74,6 %) des services de PMI utilisent des plaquettes informatives pour faire connaître leur service auprès des futurs parents et 98,3 % envoient des propositions de visite à domicile (« mises à disposition »), de manière systématique dans deux tiers des cas et de façon ciblée pour un tiers (20 départements sur 58) (tableau I). Les critères retenus sont notamment ceux présentés en partie 3.4 ci-dessous. En postnatal, les moyens pour faire connaître le service de visites à domicile sont sensiblement identiques, toutefois le nombre de départements envoyant systématiquement à tous les parents des plaquettes d'information ou des mises à disposition chute à 45,6 % et 51,8 % respectivement.

Moyens de contact de la population cible

La déclaration de grossesse étant obligatoire, elle constitue la première source d'information des services de PMI de la présence de femmes enceintes sur leurs territoires. À la question « Comment êtes-vous informés des grossesses en cours ? », 53 départements disent être informés par les déclarations de grossesses provenant de multiples sources (CAF principalement, MSA, médecins généralistes...). Vingt départements sur 58 (34,5 %) ont un protocole formalisé avec leur CAF facilitant le transfert d'informations concernant les grossesses en cours.

En revanche, seuls 24 départements (40,7 %) déclarent connaître le numéro de téléphone des parturientes au moment de leur déclaration de grossesse. Lorsque tel est le cas, le contact téléphonique leur parvient majoritairement par leurs partenaires réseaux (13 départements), lorsque les mères sont déjà connues des services [8], par l'inscription manuscrite sur les déclarations de grossesse [5] ou par les travailleurs sociaux [4].

Au final, ce sont en moyenne 20,3 % (min : 5,3 %, max : 40,9 %) des femmes enceintes qui étaient physiquement (VAD ou consultation) en contact avec les services de PMI avant leur accouchement parmi les 48 départements ayant renseigné cette information.

Critères de priorisation pour l'activité à domicile

La majorité des départements recourent à un processus de sélection des femmes enceintes (78 %) pour leur proposer des visites à domicile. Il en va de même en période postnatale, où seuls 2 départements sur 59 (3,4 %) déclarent voir toutes les femmes ayant accouché à domicile.

Le tableau II synthétise l'analyse thématique menée sur les critères utilisés par les départements pour l'activité à domicile pré et postnatale, les critères psychosociaux, économiques ou démographiques selon la période ne différenciant pas. Les critères déclenchant l'intervention à domicile auprès des familles en période périnatale (les critères d'intervention après le 6^e mois de l'enfant ne sont pas indiqués ici) sont multiples et ont été regroupés en neuf catégories (mobilité, âge, comportements, facteurs gravidiques et obstétricaux, nombre d'enfants, suivi de grossesse, problèmes somatiques, psychologiques et sociaux). Les thèmes composant ces catégories ont fait l'objet de regroupements et sont ici reportés tels qu'ils ont été formulés par les départements. Nous n'avons réalisé qu'une catégorisation, afin de présenter au lecteur l'étendue des critères et leur hétérogénéité.

Ces critères sont repérés par les services de PMI eux-mêmes (certificat de santé du 8^e jour, logiciels métier HORUS, NOVA...) ou par leurs partenaires (libéraux ou maternités, protection de l'enfance). L'intervention peut être déclenchée, selon les situations, par la présence d'un critère ou par la coexistence de plusieurs d'entre eux. La famille est parfois également à l'origine de la visite à domicile. Deux départements ont indiqué faire une visite à domicile systématique chez toutes les nouvelles accouchées (ces deux départements ayant un profil différent, l'un dans la moyenne nationale des naissances, l'autre avec un très faible nombre de naissances). Un département a indiqué être en train de construire les critères de priorisation. Un département a indiqué qu'il n'existait pas d'« harmonisation des pratiques » sur son territoire. Enfin, un département a indiqué intervenir à domicile lors de « conditions climatiques particulières ».

Ces critères sont repérés par les services de PMI eux-mêmes (certificat de santé du 8^e jour, logiciels métier HORUS, NOVA...) ou par leurs partenaires (libéraux ou maternités, protection de l'enfance). L'intervention peut être déclenchée, selon les situations, par la présence d'un critère ou par la coexistence de plusieurs d'entre eux. La famille est parfois également à l'origine de la visite à domicile. Deux départements ont indiqué faire une visite à domicile systématique chez toutes les nouvelles accouchées (ces deux départements ayant un profil différent, l'un dans la moyenne nationale des naissances, l'autre avec un très faible nombre de naissances). Un département a indiqué être en train de construire les critères de priorisation. Un département a indiqué qu'il n'existait pas d'« harmonisation des pratiques » sur son territoire. Enfin, un département a indiqué intervenir à domicile lors de « conditions climatiques particulières ».

L'activité des visiteurs à domicile

L'ensemble des départements répondants déclare que leurs infirmières-puéricultrices ont à leur charge la réalisation de visites à domicile postnatales ; 89,5 % mentionnent que c'est également le cas de leurs équipes de sages-femmes. Des infirmières (60,4 %), médecins (14 %) ou psychologues (12,8 %) peuvent également intervenir à domicile.

Les puéricultrices intervenant à domicile ont, dans l'ensemble des départements répondants, d'autres tâches à assumer. Elles sont ainsi chargées du suivi des informations préoccupantes (protection de l'enfance) (93,2 %), des suivis médico-psychosociaux des enfants (93,2 %), de l'animation

Tableau II : Ensemble des critères déclencheurs d'une visite à domicile anténatale ou périnatale cités par les départements

Critères de mobilité	Critères d'âge	Critères comportementaux	Critères gravidiques et obstétricaux	Critères liés au nombre d'enfants	Critères liés au suivi de grossesse	Critères somatiques	Critères psychologiques	Critères sociaux
Temps de transport quotidien + 2 h	Mère jeune Mère - 18 ans	Alcool pendant la grossesse	Grossesse multiple	Grossesses rapprochées	Grossesse non déclarée, non suivie	Pathologie en cours de grossesse ou concernant les grossesses et enfants précédents	Critères de fragilité repérés	Éloignement social et familial
Éloignement géographique	Mère - 20 ans	Tabac pendant la grossesse	Grossesse gémellaire	Grossesses rapprochées ≤ 10 mois	Suivi de grossesse irrégulier	Antécédents médicaux, familiaux, longue maladie (dépression, DPP, obésité, pathologie mentale, antécédents obstétricaux, IVG, fausses-couches...)	Fatigue maternelle excessive	Isolément social et culturel
Pas de moyen de locomotion	Multipare - 20 ans	Addiction de la mère et/ou du père	Menace d'accouchement prématuré	Multipare ≥ 3 enfants	Déclaration tardive		Immaturité	Mère sans emploi et isolée
Quartier ou zone prioritaire	Jeune femme multipare		Grossesse médicale-assistée	Multipare ≥ 4 enfants	Déclaration tardive > 3 mois	Retard de Croissance intra-utérin	Psychologie de la mère : de la simple inquiétude ou stress parental à la psychose	Mère seule
Zone rurale en priorité	Mère - 21 ans	Souhait d'allaitement maternel	Grossesse médicale-assistée	Multipare ≥ 5 enfants	Déclaration tardive > 14 semaines	Handicap mère ou enfant	Trouble, difficultés relation mère-enfant repérés ou suspectés à la maternité/	Pas de conjoint déclaré ou à 2 adresses différentes
Lorsque les mères ne peuvent se déplacer (césarienne, jumeaux...)	Primigeste - 21 ans	Allaitement maternel	Naissance multiple	Multipare ≥ 6 enfants	Déclaration tardive > 4 mois	Poids de naissance < 2 300 g	interrogations sur les liens ; difficultés dans les premières interactions	Famille en difficulté sociale/financière
	3° grossesse pour les femmes - 21 ans	Difficulté d'allaitement	Césarienne	+ de 3 enfants à charge	Déclaration tardive > 16 semaines	Poids de naissance < 2 500 g	Traumatismes émotionnels	Problèmes liés à l'environnement social et familial
	Multipare - 22 ans		Condition difficile de naissance pour mère et/ou enfant	Jeune femme ayant ≥ 2 enfants au foyer	Déclaration tardive > 16 semaines	Poids de naissance > 4 000 g		Parents sans activité professionnelle
	Mère + 37 ans		Antécédents d'enfants mort-nés ou décédés	Fratrie importante	Déclaration tardive > 20 semaines ou avant si un autre critère est associé	Prématurité (36SA)	Troubles psychiques	Mère sans couverture sociale
	Mère + 38 ans		Antécédent de mort inattendue du nourrisson		Accouchement à domicile	Gros poids de naissance	Déni de grossesse	Femme bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé
	Primipare + 40 ans				Sortie sur décharge	Apgar faible	Désir IVG non réalisée	Bénéficiaire des minima sociaux ; critères socio-économiques RSA
	Mère + 40 ans					Enfant transféré en réanimation	Verbalisation d'abandon (de l'enfant)	En maladie ou travaillant en Centre d'aide par le travail
	Mère + 45 ans					Séparation précoce avec prématurité		Mère de profession agricole
						HBS positif (CS8)		SDF
						Problème santé mère et/ou enfant		Étrangers primo arrivants
						Pathologie/anomalie congénitale (CS8)		Gens du voyage
						Suspicion de handicap		Demandeurs d'asile
						Hospitalisation pendant la grossesse ou en néonatal de l'enfant		Violence conjugale
								Antécédent personnel de maltraitance
								Familles hébergées ; par un tiers ou en foyer d'hébergement
								Difficultés éducatives, mesure éducative (AED, AEMO) ; enfants précédents confiés à l'ASE
								Mesure judiciaire de protection des majeurs
								Situation familiale / problèmes de couple ; dysfonctionnement de couple
								Vulnérabilité ou précarité

de groupes (d'activités ou de parole) (79,7 %), de l'agrément des assistants maternels (79,7 %), des bilans scolaires de santé (79,7 %), d'une activité de consultation (78 %), de l'accueil en centre de PMI (76,3 %), des permanences téléphoniques (59,3 %) ou du suivi des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance (39 %). Parmi l'ensemble de ces tâches, la quasi-totalité (96,6 %) des répondants affirme que leurs puéricultrices réalisant des visites à domicile ont à leur charge au moins cinq tâches supplémentaires, leur laissant en majorité moins de deux jours par semaine (pour 84 % des répondants) pour réaliser des visites à domicile.

Soutien à la visite à domicile

Onze départements parmi les 57 répondants (19,3 %) fournissent à leurs visiteurs à domicile un référentiel pour la conduite de leur action. Sollicités pour décrire les référentiels en question, seuls quatre départements évoquent un outil pratique allant au-delà d'un cadrage législatif ou concernant les missions des visiteurs à domicile.

Trente-deux départements (54,2 %) offrent à leurs visiteurs à domicile des temps de supervision ou d'analyse des pratiques. L'analyse de la pratique (habituellement des réunions animées par un intervenant extérieur) semble être la forme de supervision la plus fréquemment mise en place par les départements répondants (9 départements), suivie par les réunions d'équipe ou de secteur [4]. La supervision revêt un aspect facultatif (sur demande) dans 4 départements et n'existe pas ou pratiquement pas dans 3 départements. Les temps de supervision ou d'analyse des pratiques offerts peuvent être en groupe [7] ou en individuel [3] et concernent, dans la majorité des départements répondants, des équipes pluriprofessionnelles [7] ou seulement des puéricultrices [6]. Les rencontres de supervision ont lieu au maximum une fois par mois [7] et sont le plus souvent médiatisées par des psychologues. Le contenu des supervisions varie selon les départements et peuvent concerner l'ensemble des missions et activités de la PMI, des conseils techniques, des situations difficiles rencontrées sur le terrain, des activités d'accompagnement des familles ou encore les visites à domicile.

Perception de l'utilité et de l'efficacité des services à domicile

Aux questions « Pensez-vous que l'action à domicile est un service utile ? » et « Pensez-vous que l'action à domicile est un service efficace pour les familles en bénéficiant ? »,

100 % des répondants (58) ont répondu positivement. Enfin, 98,2 % des départements interrogés soutiennent que l'action à domicile est un service à valoriser.

Besoins exprimés pour maintenir les services à domicile

Les départements ont été interrogés sur leurs besoins pour le maintien du service à domicile. Vingt-quatre départements sur 42 (57,1 %) expriment le besoin d'avoir davantage de moyens humains pour différents corps de métier (puéricultrices, sages-femmes, psychologues...). Dix départements évoquent également le manque de temps des professionnels pour les VAD et le besoin de décharger le personnel de certaines tâches afin de libérer du temps pour d'autres missions (agrément assistantes maternelles, bilan en école...). Selon 7 départements, le manque de temps et de moyens humains semble se faire aux dépens des VAD, les conduisant à proposer ce service à domicile en fonction de critères spécifiques et contrevenant ainsi au principe d'universalité des services de PMI.

Les départements indiquent également le besoin de développer la coordination entre les services PMI et PRADO (Programme d'accompagnement du retour à domicile)¹, ainsi que les partenariats entre professionnels en général [6]. D'autres besoins sont également énoncés tels que le besoin de formation et de supervision (4 départements), la nécessité d'un référentiel VAD de qualité [3], la nécessité d'avoir plus de véhicules de fonction [3] ou encore des besoins financiers [3]. Deux départements indiquent un besoin de reconnaissance de l'apport et l'expertise des services PMI. Enfin, seuls 2 départements sur 42 répondants (4,8 %) disent ne pas avoir de besoin pour assurer la permanence de leur service VAD.

Discussion

Cette recherche avait pour objectif de faire un état des lieux sur les interventions à domicile des PMI en 2016 et des moyens qui les supportent. L'activité à domicile constitue en effet la porte d'entrée vers la PMI pour les familles venant d'avoir un enfant.

¹ Le PRADO constitue un dispositif de deux visites à domicile menées dans les 12 jours suivant l'accouchement par une sage-femme libérale. Ce dispositif a été introduit en 2010 par la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Notre enquête par questionnaire, acheminée aux 102 services de PMI français, si elle apporte des avantages certains (temps pour répondre, multiplicité des informants, etc.), n'a permis d'obtenir des réponses que de 58,8 % des départements français. L'absence des départements d'outre-mer est à regretter. Cependant, cette enquête pourra être aisément répliquée dans les années à venir.

Les principaux résultats de l'étude montrent que l'universalisme des services offerts par les PMI n'est aujourd'hui pas réalisable. En termes de communication à destination du public cible, les départements doivent recourir à des documents écrits pour assurer leur mission universelle, ne disposant plus de manière systématique des coordonnées des personnes à rejoindre. Ces dernières reçoivent donc, au mieux et sans accompagnement humain, des plaquettes de présentation ou des mises à disposition. Il n'existe pas d'harmonisation des pratiques en matière de communication : certains départements adressent des documents écrits à l'ensemble des parturientes ou des nouvelles accouchées, tandis que d'autres ciblent leurs envois en fonction de critères prédéfinis. Les critères utilisés pour adresser les informations ou pour déclencher des visites à domicile pré ou postnatales sont particulièrement hétérogènes. Ils relèvent de choix locaux et peuvent recouvrir différentes dimensions (critères somatiques, familiaux, psychosociaux...).

La plupart des départements ont déclaré que plusieurs types de professionnels étaient chargés des activités préventives à domicile. Tous recourent cependant aux services des infirmières-puéricultrices pour la mise en œuvre des VAD postnatales. Depuis la loi sur la protection de l'enfance de mars 2007, ces puéricultrices sont en charge de très nombreuses missions parallèles à leur action préventive. Ces missions connexes ne leur laissent que peu de temps (moins de trois demi-journées en général) pour visiter les parents à domicile. Ces visites reposent sur les compétences professionnelles des visiteurs, mais sont très rarement encadrées par des objectifs consignés dans des référentiels. En outre, elles ne sont soutenues *via* des activités de supervision ou d'analyse des pratiques que dans à peine plus de la moitié des départements.

La quasi-totalité des répondants a commenté positivement l'activité à domicile, la qualifiant de service utile et efficace, mais la plupart d'entre eux évoquent des besoins humains ou structurels pour pouvoir maintenir cette activité.

Cette pertinence de la VAD, indiquée par les départements, est en cohérence avec les recommandations internationales en matière de prévention précoce, et notamment à domicile [10], ainsi qu'avec les recommandations

françaises en matière de prévention des inégalités sociales de santé [9]. Cependant, alors que tous s'accordent sur le contenu de l'activité préventive, les résultats de notre recherche pointent des difficultés de mise en œuvre de celle-ci. On peut ainsi constater que la PMI, supposée être une plaque tournante en matière de prévention, est chargée de multiples missions l'entravant, selon les répondants, dans sa recherche d'universalisme et d'efficacité.

En matière de communication, l'absence d'outil de communication permettant de rejoindre les familles dès la grossesse exige des PMI de développer des stratégies de communication reposant sur (a) le format écrit et (b) l'envoi postal. Certaines familles sont déjà connues des services et pourraient ainsi bénéficier d'un accès plus aisé à ceux-ci. Mais pour ce qui relève des parents primipares, par exemple, l'accès à la PMI dépend de leur capacité à se servir de médias écrits. Il dépend également de la connaissance de la PMI dans leur entourage, ainsi que de l'information diffusée par les autres professionnels de santé et autres partenaires locaux.

En matière d'organisation de l'intervention à domicile, la multiplicité des missions conférées à la PMI (bilans de santé scolaire, agréments d'assistants maternels, travail de protection de l'enfance...) semble associée au caractère « ciblé » du service à domicile. En effet, seuls deux départements proposent des visites à domicile à l'ensemble des nouvelles accouchées, les autres n'ayant pas le temps suffisant pour cela. Le choix des familles qui bénéficieront du service à domicile repose sur des critères « de vulnérabilité ». Ces derniers ont, comme on l'a vu, un caractère hétérogène et relèvent de décisions locales. Cette dynamique correspond en partie à l'idée d'universalisme proportionné, où l'on va chercher à proposer le meilleur service en fonction du besoin exprimé. Néanmoins, il serait nécessaire d'explorer les services disponibles pour les familles ne rencontrant pas lesdits critères, la PMI restant légalement le seul service public en charge des parents et de leurs enfants de 0 à 6 ans. La restriction de l'information disponible sur les femmes enceintes et le manque de moyens pour garantir l'universalisme des contacts périnataux pourraient ainsi être considérés comme de possibles générateurs d'inégalités sociales de santé.

En matière de contenu de l'intervention à domicile, la littérature scientifique portant sur les moyens d'atteindre, de retenir et d'intervenir auprès de familles venant d'avoir un enfant suggère qu'il est nécessaire que ces interventions soient précoces et durables, qu'elles aient des objectifs définis et qu'elles soient menées par des intervenants formés et supervisés [10, 15-17]. Outre la relation de travail sur laquelle reposent ces interventions, leurs « ingrédients

actifs » semblent dépendre d'éléments structurels et organisationnels, autant que sur le contenu ou la manière d'intervenir. Nos résultats ont mis en évidence que les PMI n'étaient soutenues ni pour les premiers (temps limité, pas de stratégie systématique de prise de contact...), ni pour les seconds (pas de référentiels, peu de supervision...). L'accent mis sur la protection de l'enfance, notamment *via* les dispositifs structurés d'intervention à domicile (objectifs bien définis, interventions mandatées, avec un début et une fin clairement identifiables par les professionnels comme par les familles...), vient complexifier la mise en œuvre des interventions préventives, qui sont motivées par divers indicateurs de risque plus ou moins spécifiques et dont les objectifs et la durée sont à déterminer par les professionnels. Dans cette configuration, les axes de travail restent dépendants de chaque professionnel et les objectifs restent très généralistes (« soutien à la parentalité »). Les professionnels concernés interviennent ainsi en s'appuyant sur leur formation initiale et leur sens clinique, alors que seule la moitié d'entre eux bénéficie d'une supervision qui leur permettrait de revenir sur leurs pratiques. L'ensemble de ces éléments contraste avec ce qui est connu de la littérature scientifique : les programmes de VAD élaborés et évalués dans des cadres expérimentaux insistent tous sur le cadre de l'intervention ; le contenu des VAD et la fidélité au protocole sont devenus des domaines de recherche fructueux [18]. Un cadre d'intervention bien explicité est soutenant pour les professionnels comme pour les familles, même si y déroger est inévitable [19]. L'ordonnance de mars 1945 confiait aux PMI des missions préventives à *large spectre*. Les différentes lois ayant modifié le champ d'intervention de ces services ont contribué à élargir leurs missions. Cependant, les résultats de notre recherche semblent montrer que ces élargissements se sont manifestés à l'échelle individuelle (augmentation des missions suite à la loi de 2007 sur la protection de l'enfance), plus que dans les structures.

Conclusion

La visite à domicile est l'outil-clé des services de PMI pour incarner l'universalisme proportionné revendiqué comme valeur centrale des nouvelles recommandations publiques. Par ailleurs, les visites à domicile, citées dans la plupart des politiques publiques, ne sont pas soutenues par des moyens spécifiques. Elles ne font ainsi pas partie de la nomenclature des actes infirmiers servant à définir la base

de remboursement des services de PMI par l'assurance maladie (CPAM). À ce titre, les VAD ne sont pas considérées comme un acte de santé en matière de financement. Il nous semble que, dans le rapport entre prévention et protection de l'enfance, la VAD est aujourd'hui une activité « secondaire ». La distance entre l'action et les résultats obtenus (prévention à moyen et long terme) contribue sans doute à expliquer les moindres investissements des pouvoirs publics vers la promotion et la qualité de la VAD en PMI (le rapport serait d'environ 1 € en prévention pour 10 € en protection [2]). C'est cependant à cette seule condition que les inégalités sociales de santé pourront être prévenues, et ce, dès la petite enfance. C'est également à la seule condition d'un réinvestissement majeur en faveur de la VAD que la PMI pourra s'affranchir de cette logique de ciblage populationnel pour restaurer la justice sociale dans ces services. C'est enfin à la condition d'un investissement majeur en faveur de la PMI que des économies pourront être réalisées à moyen terme par les conseils départementaux, mais également par l'ensemble des structures sociales et de santé en France.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Jean-Louis Gerhard et Alan Charissou, médecins au service de PMI de la Moselle, ainsi que leurs équipes pour leur implication dans le développement de ce questionnaire. Ils remercient chaleureusement Isabelle Tereszkiwicz (PMI des Landes), Marie Treilhou (PMI du Lot) et Sylvie Biette-Effray (PMI de Loire-Atlantique) pour leur relecture du questionnaire.

Références

1. République française. Article L2111-1 du Code de la santé publique. 2016.
2. Jourdain-Menninger D, Roussille B, Vienne P, Lannelongue C. Étude sur la protection maternelle et infantile en France. Paris : Inspection Générale des Affaires Sociales. 2006.
3. Amar E. Dépenses d'aide sociale départementale : une croissance toujours soutenue par le RSA en 2015. DREES. 2017.
4. Amar E, Borderies F. Les services de PMI : plus de 5 000 points fixes de consultations en 2012 DREES. 2015.
5. Suesser P, editor. Quelle PMI demain ? Toulouse : Erès. 2012.
6. Basset C. La protection maternelle et infantile. Paris : Conseil Économique, Social et Environnemental. 2014.
7. Direction générale de la cohésion sociale. Protection maternelle et infantile, soutien à la fonction parentale, protection de l'enfance et modes d'accueil. 2016.

8. Marmot M. Tackling social factors to improve health. *Bulletin of the World Health Organization*. 2006;84(4):267-8.
9. Lopez A, Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé dans l'enfance – Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant. Paris : Inspection Générale des Affaires Sociales. 2011.
10. Kahn J, Moore KA. What Works for Home Visiting Programs: Lessons from Experimental Evaluations of Programs and Interventions. *Child Trends*. 2010.
11. Peacock S, Konrad S, Watson E, Nickel D, Muhajarine N. Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BioMed central public health*. 2013;13(1):1.
12. Saïas T, Lerner E, Greacen T, Emer A, Guédeney A, Dugravier R, *et al*. Parent-provider relationship in home visiting interventions. *Children and Youth Services Review*. 2016;69:106-15.
13. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101.
14. Institut national de la statistique et des études économiques. Recensement de la population 2013 [2017-05-02]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/information/2409289>.
15. Gomby DS. The promise and limitations of home visiting: Implementing effective programs. *Child Abuse & Neglect*. 2007;31:793-9.
16. Gomby DS, Culross PL, Behrman RE. Home visiting: Recent program Evaluations - analysis and recommendations. *The Future of Children*. 1999;9:4-26.
17. Roggman L, Cardia N, editors. Home visitation programs. New York: Springer. 2016.
18. Duggan A, Minkovitz C, Chaffin M, Korfmacher J, Brooks-Gunn J, Crowne S, *et al*. Creating a National Home Visiting Research Network. *Pediatrics*. 2013;132(S2):S82-9.
19. Zeanah L, Larrieu J, Boris N. Nurse home visiting: perspectives from nurses. *Infant Mental Health Journal*. 2006;28(5):459-80.