



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2009 –

« SUIVI MEDICAL DES ENFANTS DE LA NAISSANCE A SIX ANS, MYTHE OU REALITE ? »

– Groupe n°27 –

- | | |
|--|---|
| – CANDAPANAIKEN Jean-Bernard (IASS) | – MONTMETERME Jean-Christian (D3S) |
| – COMPAGNON Brigitte (MISP) | – RUMEAU Jérôme (DS) |
| – CORIOLAN Mick (D3S) | – SOULARD Cécile (IASS) |
| – GUILLIEUX Cécile (D3S) | – VALTON Sylvie (IASS) |
| – JEGOUDEZ Caroline (EDH) | – VIAL Amandine (EDH) |

Animatrice

– *LETORET Anne*

S o m m a i r e

INTRODUCTION	1
1 Un dispositif qui a permis une amélioration de l'état de santé des enfants, mais qui souffre de lacunes quant au suivi médical dans un contexte sociétal modifié	5
1.1 Le suivi médical des enfants de la naissance à six ans : une politique de santé publique portant ses fruits	5
1.1.1 L'émergence d'une politique de santé publique : une prise en charge globale de l'enfant dans son environnement.	5
1.1.2 L'évolution du concept de santé : une exigence renforcée par le nouveau statut de l'enfant.	8
1.1.3 Une réelle amélioration de l'état de santé des enfants.	10
1.2 Un suivi médical discontinu, confronté à l'émergence de nouvelles pathologies dans un paysage social en mutation.....	12
1.2.1 Un décrochage sur la tranche d'âge deux-quatre ans	12
1.2.2 L'émergence de nouvelles pathologies : les troubles du comportement et de l'apprentissage.....	14
1.2.3 Des phénomènes de société aggravants.....	16
2 Le manque de coordination et de pilotage explique un défaut dans le suivi médical de l'enfant qui peut être dépassé par la mise en œuvre d'outils communs..	19
2.1 Des difficultés multifactorielles : le manque de coordination et de pilotage dans le champ du suivi médical.....	19
2.1.1 Une offre de santé insuffisamment coordonnée	19
2.1.2 L'impact de la dimension politique sur le suivi médical : un manque de pilotage	21
2.1.3 La pertinence du dispositif : le problème de la prise en charge en aval du suivi médical	22
2.2 Propositions pour l'amélioration de l'efficacité du suivi médical des enfants de la naissance à six ans.....	24
2.2.1 L'uniformisation des outils de travail	24
2.2.2 Formation et redéfinition du rôle des acteurs de terrain.....	25
2.2.3 Vers un guichet unique de l'enfance en région	27

Conclusion.....	29
Bibliographie.....	31
Liste des annexes	I
Annexe I : Méthodologie.....	III
Annexe II : Entretiens réalisés	V
Annexe III : Département des Côtes- d’Armor : Consultations infantiles par cantons et Circonscriptions de Solidarité Départementale	VII
Annexe IV : Questionnaires	IX
Annexe V : Statistiques PMI	XIII
Annexe VI : Examen systématique des 4 ans (Grille expérimentale).....	XVII
Annexe VII : SROS III de Bretagne, Volet Enfants Adolescents, Bilan au 26 septembre 2008, ARH/DRASS.....	XX
Annexe VIII : Les vingt examens médicaux obligatoires	XXIII
Annexe IX : Extraits du rapport d’évaluation triennale, février 2006 / février 2009, du réseau Arc en Ciel.....	XXV

R e m e r c i e m e n t s

Nous remercions chaleureusement Anne LETORET, animatrice du groupe, pour sa disponibilité et ses compétences.

Nous tenons également à exprimer notre reconnaissance à tous les professionnels rencontrés sur le terrain pour leur expérience et leur partage de connaissances ainsi qu'aux familles qui ont bien voulu nous consacrer de leur temps.

Nos remerciements s'adressent aussi à François-Xavier SCHWEYER, organisateur du module interprofessionnel de santé publique, et à Emmanuelle GUEVARA, coordinatrice logistique.

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence régionales de Santé
ASE : Aide sociale à l'Enfance
CAF : Caisses d'Allocations familiales
CASF : Code de l'Action sociale et des Familles.
CSP : Code de la Santé publique
DRASS : Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales
IGAS : Inspection générale des Affaires sociales
IMC : Indice de Masse corporelle
INPES : Institut national de Prévention et d'Education pour la Santé
MEN : Médecin de l'Education nationale
OMS : Organisation mondiale de la Santé
PMI : Protection maternelle et infantile
RASED : Réseaux d'Aides spécialisées aux Elèves en Difficulté
URML : Union régionale des Médecins libéraux
SROS : Schémas régionaux d'Organisation des Soins
THADA : Trouble d'Hyperactivité avec Déficit de l'Attention
TOC : Trouble obsessionnel compulsif

INTRODUCTION

Le suivi spécifique de la santé des enfants en France s'inscrit pour partie dans le cadre de la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Cette démarche se justifie par l'existence de besoins et de pathologies spécifiques aux jeunes enfants dans un contexte de dépendance à l'environnement social et familial. Ce suivi médical peut être défini comme «la capacité d'un Etat, d'une commune, d'une région, d'une entreprise, d'une institution, d'un système assurantiel, d'offrir la possibilité d'un accompagnement de tous les patients selon leurs besoins, qui vont du préventif au curatif. Ce suivi doit être adapté aux différents âges de la vie, accessible et s'inscrire dans une démarche de prévention, d'anticipation et de vérification¹».

Le système de santé doit répondre à plusieurs exigences et permettre un niveau suffisant de prévention, de soins et de suivi en intégrant l'ensemble de la population. Le suivi médical de l'enfant est défini par voie réglementaire² depuis 1945 et comporte des examens médicaux obligatoires, mais aussi une approche psychosociale et environnementale de l'enfant. Plus concrètement, cette démarche est mise en œuvre à partir de vingt examens médicaux obligatoires qui se déroulent de la naissance à l'âge de six ans³. Ces examens sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie et permettent la surveillance du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant. La loi du 15 janvier 1970 et le décret d'application du 2 mars 1973 instituent la délivrance de certificats de santé pour les examens du huitième jour, neuvième mois et vingt quatrième mois. La détection précoce d'anomalies (maladies, déficiences, infirmités) et la couverture vaccinale sont également mises en œuvre dans le cadre de ces vingt examens.

La PMI est un service départemental rattaché au conseil général qui est chargé d'assurer la protection sanitaire de la famille et de l'enfant. Elle comprend un certain nombre de professionnels qualifiés dans le domaine médical, paramédical, social et psychosociologique et assure le suivi prénatal, postnatal et conduit des actions en faveur de l'enfant. D'autres acteurs, les parents, les médecins généralistes, les pédiatres et d'autres professionnels de santé médicaux et paramédicaux participent également à ce suivi.

¹ Entretien avec le directeur médical du réseau Prépsy, Paris.

² Ordonnance du 2 novembre 1945

³ Cf. annexe VIII : Les examens de santé

La traçabilité de ce suivi, le lien entre les différents intervenants est assuré par le carnet de santé. La conception et l'utilisation de ce carnet sont définies réglementairement par l'arrêté du 5 décembre 2005. Ce carnet de santé est remis aux parents dès la naissance de l'enfant par le service qui a pratiqué l'accouchement. Il comprend également des conseils pour les parents concernant l'alimentation, les soins d'hygiène, le rythme de vie du bébé, le sommeil, la sécurité, la santé et les troubles sensoriels. L'association des parents dans le suivi et le développement de leur enfant est indispensable et trouve une affirmation législative dans la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

Nous sommes donc, actuellement, loin de la simple démarche hygiéniste d'après guerre. Les progrès technologiques et les orientations politiques de notre pays ont permis d'améliorer le suivi et la santé de l'enfant modifiant aussi la place que celui-ci occupe dans une société en continuelle mutation.

Parmi les 100 objectifs annexés à la loi de santé publique du 9 août 2004, 12 sont relatifs à l'enfant. Ils sont intégrés dans les Schémas régionaux d'Organisation des Soins (SROS) et permettent une déclinaison de ces objectifs selon les priorités locales : prévention de l'obésité, lutte contre le saturnisme, diminution des accidents domestiques.

En interrogeant les professionnels de l'enfance, on constate que les troubles pédiatriques les plus fréquemment observés en terme de prévalence et de complexité de prise en charge sont : les troubles sensoriels, les troubles de l'apprentissage, l'obésité et les pathologies rachidiennes.⁴

L'éventail des pathologies à repérer, la diversité des acteurs intervenant auprès des enfants conduisent à interroger l'efficacité du dispositif actuel. En d'autres termes, les vingt examens obligatoires permettent-ils d'assurer un suivi médical efficace des enfants de zéro à six ans ?

Dans le cadre d'une démarche de santé publique, en qualité d'observateurs et de futurs professionnels participant à l'organisation et à la mise œuvre du système de santé, il nous a paru intéressant d'aborder l'efficacité de l'organisation dont l'objectif est d'assurer la prise en charge globale de l'enfant. L'identification, l'implication et les missions des différents acteurs intervenant auprès des enfants de zéro à six ans constituent le socle de la réflexion conduite. L'observation des outils et l'organisation mise en œuvre permettront d'ébaucher une analyse du suivi des enfants.

⁴ Propos extraits de l'entretien réalisé avec le médecin de l'éducation nationale.

Pour mener notre étude nous sommes allés interroger sur leur terrain d'exercice des professionnels impliqués dans le suivi de l'enfant de zéro à six ans, au sein du département des Côtes d'Armor : équipe de PMI, médecins salariés et libéraux, généralistes et spécialistes, personnel du conseil général, acteurs de réseaux, médecins et inspecteurs de l'Education nationale, et aussi des familles dans les salles d'attente de consultation PMI.

Un état des lieux peut montrer que le suivi médical des enfants a permis une réelle amélioration de leur état de santé, cependant des lacunes dans le dispositif persistent (1). C'est pourquoi, l'analyse de ces défaillances nous a conduit à mener une réflexion pour dégager des propositions et interrogations (2).

1 Un dispositif qui a permis une amélioration de l'état de santé des enfants, mais qui souffre de lacunes quant au suivi médical dans un contexte sociétal modifié

Construit tout au long du XXe siècle, le suivi médical des enfants de la naissance à six ans a permis l'amélioration de l'état de santé de la population. Il se confronte aujourd'hui à de fortes contraintes qui interrogent son adaptation aux réalités sociales contemporaines.

1.1 Le suivi médical des enfants de la naissance à six ans : une politique de santé publique portant ses fruits

Le dispositif de suivi médical, fruit de l'histoire, est aujourd'hui bien ancré dans notre système de soins et permet par une prise en charge globale d'assurer la bonne santé des enfants.

1.1.1 L'émergence d'une politique de santé publique : une prise en charge globale de l'enfant dans son environnement.

Les premières initiatives pour prendre en charge les enfants en difficultés ont lieu en France sous la III^{ème} République. Cette démarche de protection sociale ne concerne alors que les enfants en difficultés familiales. Cette politique fut poursuivie par deux ordonnances de 1945 relatives à la protection médico-sociale de l'enfance : l'ordonnance du 2 novembre 1945 donnant de nouvelles bases à la Protection maternelle et infantile amorcée en 1942, et l'ordonnance du 18 octobre 1945 instituant le service de santé scolaire. A la veille de la seconde vague de décentralisation, le service de l'Aide sociale à l'Enfance (ASE), chargé à l'origine du recueil des seuls enfants abandonnés, constituait la pièce maîtresse du service unifié de l'enfance, dénominateur commun de la population enfantine, qu'elle relève uniquement de la protection médico-sociale (service de la PMI et service de santé scolaire) ou également de la protection au titre de l'enfance en danger ou de l'enfance inadaptée. Le système se réorganise au début des années 1980 avec la loi du 22 juillet 1983 qui transfère aux départements la plupart des prestations d'aide sociale et notamment l'ASE, alors que la protection et la prise en charge de l'enfance inadaptée et le service de la santé scolaire restent une mission de l'Etat. Enfin, la loi de décentralisation du 13 août 2004 reconnaît aux départements le rôle de chef de file en matière sociale et médico-sociale.

A l'échelon individuel, le Code civil pose dans son article 371-1 la responsabilité des parents quant à la santé de leurs enfants. Cette responsabilité s'illustre concrètement par la tenue du carnet de santé aujourd'hui délivré par le conseil général à la naissance de l'enfant. Dès le XIX^{ème} siècle, le carnet de bébé est un document qui réunit tous les événements qui concernent la santé de l'enfant. L'objectif est alors de faire participer les mères, les médecins et l'Etat. Devenu obligatoire avec la loi du 16 décembre 1942, il ne deviendra cependant un réel outil de suivi médical de l'enfant qu'à partir des années 1950. La loi du 15 juillet 1970 puis le décret du 3 mars 1973 mettent en place les trois examens obligatoires aux 8^{ème} jour, 9^{ème} et 24^{ème} mois qui donnent lieu à l'établissement de certificats de santé correspondant à l'âge de l'enfant par le médecin qui les a pratiqués. Ces certificats sont ensuite envoyés au médecin de PMI ce qui permettra d'avoir une vue globale du niveau sanitaire de ces populations.

La PMI, régie par l'ordonnance de 1945 et la loi du 18 décembre 1989 constituant l'une des branches de l'ASE participe au suivi médical des enfants de la naissance à six ans. Elle est placée sous l'autorité du président du conseil général et dirigée par un médecin. Son réseau assure un maillage du territoire. On compte 12 centres sur le département des Côtes d'Armor⁵. La PMI suit les mères et leurs enfants jusqu'à 6 ans lorsqu'elles en font le choix. Elle met à disposition des parents une palette de prestations assurées par des médecins, puéricultrices et auxiliaires de puériculture, sages femmes, et dans certains centres des éducateurs de jeunes enfants, assistantes sociales et psychologues. L'ensemble des professionnels présents dans les centres de la PMI permet un regard croisé et global sur le développement et la santé de l'enfant. La PMI se consacre particulièrement au volet « protection de l'enfance » de sa mission. Les parents peuvent choisir de recourir à la PMI pour les examens obligatoires de leur nourrisson ou bénéficier uniquement de consultations de prévention.

En milieu scolaire, le service de promotion de la santé scolaire prend le relais de la PMI. Relevant du ministère de l'Education nationale, 1 400 médecins scolaires, assistés par 6 200 infirmières organisent des visites médicales obligatoires. Ils sont garants, depuis la loi du 18 décembre 1989, de la réalisation de l'examen médical à six ans avant l'entrée en classe primaire. Leur mission consiste à anticiper les difficultés scolaires pouvant survenir des suites d'une pathologie, non à assurer un suivi préventif global des enfants.

⁵ Annexe III

La diversité des acteurs qui pratiquent les examens obligatoires dans les Côtes d'Armor est illustrée par ces statistiques : le service de PMI réalise en moyenne 6%⁶ des examens des 9, 24 et 36 mois, son action étant prioritairement axée sur l'examen des quatre ans en école maternelle⁷. Les 538 médecins généralistes du département ont réalisé 60% de ces examens tandis que les 13 pédiatres libéraux ont réalisé 31% des examens. Les 3% restant le sont par les pédiatres hospitaliers⁸.

Outre la multiplicité des acteurs qui peuvent intervenir pour une prise en charge globale, le suivi médical des enfants s'est également généralisé par le développement de la prévention et de l'éducation à la santé des enfants. A partir des années 1970, les difficultés de régulation financière de l'appareil de soins suscitent des interrogations envers un système centré sur le curatif et font prendre conscience du caractère holistique de la santé.

La multiplication des plans nationaux de santé à forte composante préventive (plan national de lutte contre le cancer, plan national nutrition santé, plan diabète, etc.), la création de l'Institut national de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et l'inscription pour la première fois dans la loi française d'une définition de la prévention⁹ en témoignent.

Trois niveaux de prévention se distinguent :

- La prévention primaire, dont l'objectif est d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les facteurs de risque.
- La prévention secondaire, dont l'objectif est la détection de la maladie, à un stade où il est encore possible d'intervenir utilement.
- La prévention tertiaire, dont l'objectif est de diminuer les incapacités, les séquelles et de faciliter la réinsertion sociale.

⁶ BUISSON, G., *9, 24, 36 mois : tous pour un, un pour tous*, Le pédiatre, n°230, 2009

⁷ Article L. 2112-2 du CSP

⁸ BUISSON, G., *9, 24, 36 mois : tous pour un, un pour tous*, Le pédiatre, n°230, 2009

⁹ Article L. 1417-1 du CSP (Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins) « La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé. ».

Cette définition met en évidence, à chacun de ces trois niveaux d'intervention, l'intime imbrication de la prévention et du soin. Le cloisonnement entre médecine curative et médecine préventive est inopérant.

De plus, les déterminants de santé auxquels s'intéresse la prévention sont multifactoriels. Ils dépendent à la fois des conditions de vie, de la situation sociale, du milieu professionnel, géographique... La prévention se situe donc au carrefour du soin et de la promotion de la santé, du sanitaire et du social, du biomédical et des sciences sociales. L'objet de la prévention s'élargissant aux déterminants de santé comportementaux et sociaux, celle-ci ne peut être désormais l'apanage ni de la médecine en général ni des professions cliniciennes.

L'architecture du système de prévention à destination des enfants permet donc de les suivre dans leur environnement. Construit au cours d'une période de fortes mutations sociales, ce dispositif doit s'adapter à de nouvelles exigences des citoyens.

1.1.2 L'évolution du concept de santé : une exigence renforcée par le nouveau statut de l'enfant.

Depuis 1945, la société française s'est transformée. Les valeurs et les normes qui prévalaient à la fin de la seconde guerre mondiale ne sont plus celles qui guident les rapports entre individus et la place des individus dans la société. La primauté est alors donnée à l'individu en tant que personne et non plus comme l'élément d'un collectif. C'est ainsi que l'enfant, à la fois au sein de la famille et plus généralement au sein de la société, a vu sa place se modifier. L'évolution de la place donnée à l'enfant se traduit à travers l'évolution législative et réglementaire, comme l'illustre la réforme du statut du père¹⁰, qui substitue la notion d'autorité parentale à la notion d'autorité paternelle. La reconnaissance progressive de l'égalité homme – femme a permis à l'enfant de créer des liens privilégiés tant avec la mère qu'avec le père, les deux parents ayant les mêmes droits et devoirs en terme de garde, de surveillance et d'éducation.

Par ailleurs la loi Neuwirth, qui a légalisé la contraception et la mise à disposition de la pilule, a été adoptée à l'Assemblée nationale le 19 décembre 1967. Les femmes pouvant maîtriser leur fertilité, l'enfant est maintenant davantage attendu et désiré.

¹⁰ Loi n°70-459 du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale

Au surplus, le repli de la natalité observé depuis les années 1960 a créé un modèle de familles moins nombreuses et accentué le sentiment de « l'enfant précieux ».

Cette évolution sociétale change les attentes des parents sur le développement de leur enfant auquel ils portent une attention particulière. L'épanouissement de l'enfant puis plus tard du jeune adulte prend de l'importance, sa santé devient primordiale.

Lors de nos entretiens à la PMI, des médecins nous ont confié que certains enfants étaient « sur-suivis » médicalement. A titre d'exemple, après avoir emmené leur enfant chez le pédiatre, des parents peuvent venir, la semaine suivante, en consultation à la PMI. Les médecins y voient l'exigence de « performance » attendue de l'enfant par certaines familles où l'on veut à tout prix que l'enfant aille parfaitement bien.

De surcroît, la place de la santé dans la société française a largement évolué depuis 1945. En effet, si le droit à la santé est un droit récent car il figure dans la Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948, il s'est développé constamment pour prendre une acception de plus en plus large. Certains auteurs, comme René DUBOS¹¹, iront alors jusqu'à dire qu'au-delà du seul secteur médical, la santé est devenue un passe temps par la pratique du sport, mode de vie quotidien par l'alimentation. Elle serait alors non plus un état individuel mais une réalité sociale dynamique.

Outre l'amélioration des connaissances scientifiques en matière médicale, le développement des médias a fait que l'information médicale est de plus en plus accessible à l'ensemble de la population.

Les représentations véhiculées dans la société ont tendance à valoriser les personnes jeunes et en bonne santé. Olivier RAZAC¹² montrera, que ceci conduit à une « *obsession du bien être* » où il faut absolument tout mettre en œuvre pour être en bonne santé. Cette quête du bien être porte sur le plan médical mais également sur celui du mode de vie.

L'ensemble de ces réflexions mène à l'idée que les exigences en matière de santé se sont accrues, elles se sont d'autant plus renforcées pour les enfants de la naissance à six ans.

¹¹ DUBOS, R., *Mirage de la santé*, Denoel, 1964

¹² RAZAC, O., *La grande santé*, Climat, 2006

De plus, en termes de santé publique, si l'on raisonne non plus à l'échelle individuelle mais collective, les enfants d'aujourd'hui sont les adultes de demain. Préserver leur capital santé c'est assurer, en partie, le capital santé des adultes et donc des actifs.

Par ailleurs, l'éducation à la santé des enfants doit permettre aux adultes qu'ils deviendront, d'une part, de vivre en bonne santé et, d'autre part, de perpétuer cette éducation.

Aussi, d'un point de vue purement économique, investir dans le capital humain via la santé des enfants est un facteur de croissance économique à long terme. In fine, investir dans la santé des enfants est une décision économiquement rationnelle¹³.

1.1.3 Une réelle amélioration de l'état de santé des enfants.

Les 20 examens qui composent le dispositif de suivi médical des enfants de la naissance à 6 ans permettent aux professionnels de santé de travailler à l'amélioration de l'état de santé de cette population. Afin d'apprécier l'efficacité de ce dispositif, se pose la question de l'évaluation de l'état de santé d'une population. Des indicateurs ont été élaborés pour cela. Certains, internationalement reconnus, sont considérés comme des témoins d'ordre général. D'autres sont à destination de publics plus spécifiques.

Ainsi, le taux de mortalité infantile décrit l'état de santé général d'une population. Il rend compte également de l'efficacité des soins préventifs et de l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant. En France, cet indicateur est en constante amélioration depuis plus d'un siècle¹⁴, il a chuté de 250‰ au milieu du XIXe siècle à 50‰ en 1950 puis 7,3‰ en 1991. Aujourd'hui, il est de 3,7‰ en France et 2,4‰ dans le département des Côtes d'Armor¹⁵. L'état de santé des enfants s'est donc manifestement amélioré sur cette période au vu de cet indicateur.

Dans le même laps de temps, le concept de santé a évolué. Le préambule de la constitution de l'OMS définit la santé comme un état complet de bien être physique mental et social ne consistant pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité¹⁶. Cette notion a

¹³ Modèle de croissance endogène développé par Robert Emerson Lucas

¹⁴ Malek Kamel, Mino Jean-Christophe, Lacombe Karine, *Santé Publique Médecine légale Médecine du travail*, Med Line, 1996, p69

¹⁵ Source INSEE 2006

¹⁶ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100)

clairement influencé le législateur lors de l'élaboration de la loi de santé publique du 9 août 2004¹⁷. La prévalence de nouvelles pathologies soulevant des questions inédites de santé publique (obésité, troubles de l'apprentissage, troubles du comportement, troubles sensoriels par exemple) a ainsi amené la représentation nationale à fixer 100 objectifs accompagnés d'indicateurs spécifiques. Ils sont distincts des indicateurs traditionnels et certains d'entre eux restent à définir. A titre d'illustration dans le champ des troubles du langage, l'objectif 96 concernant l'amélioration du dépistage et de la prise en charge n'a pas d'indicateur et n'a donc pas fait l'objet d'une évaluation¹⁸ en 2007. A contrario, l'objectif 12, relatif au surpoids et à l'obésité chez l'enfant, est évalué au regard de l'évolution de l'Indice de Masse corporelle (IMC) au cours de la croissance.

Ces indicateurs ont une déclinaison territoriale à travers les SROS qui lui permettent une adaptation aux spécificités locales. Le SROS de Bretagne identifie comme interlocuteurs principaux de la santé de l'enfant les médecins libéraux, la PMI, la médecine scolaire, l'hôpital et les établissements médico-sociaux. L'organisation régionale repose sur un parcours de soins initié par le repérage de difficultés, leur dépistage, un diagnostic et se poursuivant par la prise en charge simple ou pluridisciplinaire¹⁹.

La difficulté posée par la multiplicité des acteurs et les différents champs et niveaux de compétence ont amené la région à rechercher l'adhésion de chacun dans le cadre d'un accord cadre. Ce projet de convention cherche à coordonner l'action des différents partenaires. En effet, la prise en charge étant centrée sur l'enfant, le niveau de proximité, dit niveau 1, prend une importance particulière en matière de repérage et de diagnostic, interpellant la question des outils et des indicateurs.

A ce stade, les données recueillies par la PMI dans le cadre des bilans du 8^{ème} jour, des 9^{ème} et 24^{ème} mois, ont vocation à constituer le matériel épidémiologique au regard de l'article L2132-3 du Code de la Santé publique (CSP).

En effet les indicateurs prévus dans la loi de 2004 sont encore partiels. Ils ne peuvent être utilisés à des fins statistiques faute de protocolisation de leur construction. L'indice de mortalité reste donc l'outil principal de la mesure de l'état de santé de la population infantile, même si en France aujourd'hui, il ne le décrit que partiellement.

¹⁷ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

¹⁸ L'état de santé de la population en France, *Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique, Rapport 2007*, DREES

¹⁹ SROS 2006-2010 de la Région Bretagne – Volet « Prise en charge des enfants et des adolescents ».

Le suivi médical des enfants de la naissance à six ans a permis une nette amélioration de la santé des jeunes enfants dans un contexte de forte évolution sociétale.

Par ailleurs, l'évaluation de l'impact de la politique de santé publique issue de la loi de 2004 est un élément d'appréciation globale dans une approche tenant compte de facteurs plus précis que le seul taux de mortalité infantile.

Cependant l'efficacité du dispositif de suivi médical n'est pas complètement attestée par ces indicateurs. Sa conception laisse entrevoir les limites de son fonctionnement.

1.2 Un suivi médical discontinu, confronté à l'émergence de nouvelles pathologies dans un paysage social en mutation

L'observation du taux d'inclusion des enfants dans des parcours de soins et les différents lieux de prise en charge nous ont conduit à nous interroger sur l'efficacité du système de suivi médical des enfants de la naissance à six ans.

Un certain nombre de facteurs peuvent remettre en question le suivi médical au regard des pathologies détectées, des âges clés du développement des enfants et de la multiplicité des acteurs.

1.2.1 Un décrochage sur la tranche d'âge deux-quatre ans

Il n'existe pas de données globales qui attestent la réalisation effective des examens obligatoires.

La loi a mis en place 20 examens systématiques, mais seuls trois examens donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé. Le médecin qui les a pratiqués, doit ensuite l'envoyer au médecin responsable de la PMI²⁰.

Effectués à des moments considérés comme correspondant à des âges clés, ils peuvent donc faire l'objet d'une analyse. Elle doit être néanmoins pondérée par le fait que beaucoup de certificats de santé ne sont pas transmis par les familles ou pas remplis par les médecins. Par le passé, le renvoi de ces certificats conditionnait le versement de prestations familiales. Aujourd'hui, les Caisses d'Allocations familiales (CAF) n'en tiennent plus compte, ce qui explique au moins en partie leur faible taux de retour.

²⁰ Art. R. 2132-3 du CSP

Les taux de réception sont les suivants²¹ :

- 100 % pour ceux du 8^{ème} jour, au niveau national et au niveau du département des Côtes d'Armor,
- 57 % pour ceux du 9^{ème} mois, au niveau national et 81 % au niveau du département des Côtes d'Armor,
- 51 % pour ceux du 24^{ème} mois, au niveau national et 68 % au niveau du département des Côtes d'Armor.

Ces chiffres indiquent tout de même que les examens médicaux prévus jusqu'au 24^{ème} mois sont assez bien pratiqués. Notamment parce qu'ils sont corrélés avec le suivi vaccinal. Après deux ans, la PMI constate une baisse des consultations. En effet, la population des deux à quatre ans ne représente que 25% des consultations de la PMI alors que la tranche d'âge de la naissance à deux ans représente presque 62%²². Cela marque un relâchement dans le suivi médical, et ce jusqu'à l'âge de quatre ans, où un bilan de santé est prévu, effectué par le médecin de la PMI, en moyenne section de l'école maternelle. Le bilan des six ans est pratiqué par le médecin scolaire.

En l'absence d'outil statistique permettant d'objectiver le taux de réalisation des examens de deux à quatre ans, nous ne pouvons que remarquer avec les médecins de la PMI qu'ils ne reçoivent plus les enfants de cette tranche d'âge. Ce constat laisse à penser que le suivi médical est globalement effectué mais que tous les examens obligatoires ne sont pas pratiqués notamment entre deux et quatre ans.

Les conséquences à cet âge d'un nombre insuffisant d'examen, peuvent être importantes pour la prévention, le repérage et la prise en charge de certains troubles, comme par exemple, l'obésité. La notion de suivi médical prend là tout son sens car certaines affections ou troubles ne peuvent être dépistés avant deux ans.

La raison de l'irrégularité du suivi médical est peut-être à rechercher dans le manque d'information des parents, et parfois même des professionnels de santé eux-mêmes. Bien que les 20 examens obligatoires soient détaillés dans le carnet de santé, ils restent méconnus. Dans un souci de responsabilisation, les professionnels de la PMI informent davantage les familles sur l'utilité des examens que sur leur caractère obligatoire. On

²¹ Les taux favorables observés dans le département des Côtes d'Armor s'expliquent en partie par la petite taille du département et par les relances faites aux médecins par la cellule d'épidémiologie de la PMI (cf. entretien avec le médecin du service d'épidémiologie de la PMI).

²² Annexe V : Consultation infantile de PMI de l'ensemble des circonscriptions des Côtes d'Armor, Service Epidémiologie, 2008.

constate d'ailleurs que les familles qui viennent aux consultations de la PMI sont en demande d'un suivi régulier.

Par ailleurs, le développement psychomoteur de l'enfant est plus important durant les deux premières années, raison pour laquelle le suivi médical et le nombre d'examen médicaux réglementairement prévus diminuent après deux ans. Il y a également beaucoup moins de vaccins à effectuer. Cela explique donc aussi certainement l'implication moindre des parents à partir de cet âge, qui oublient les examens obligatoires, d'autant plus si leur enfant est vu régulièrement par le médecin de famille à l'occasion d'affections diverses.

Les médecins eux-mêmes ne sont pas tous sensibilisés aux examens de suivi et à la prévention.

D'autres raisons peuvent expliquer le relâchement du suivi médical par les parents, comme le manque de disponibilité due au travail par exemple, ou par la distance du lieu d'examen qui peut induire des difficultés de transport.

In fine, on peut noter qu'à partir de deux ans, le nombre de visites obligatoires diminue considérablement. En outre, les examens étant réalisés par des professionnels de deux institutions différentes, le suivi entre deux et six ans est affaibli alors que certains troubles ne peuvent être repérés qu'à ces âges clés du développement des enfants.

1.2.2 L'émergence de nouvelles pathologies : les troubles du comportement et de l'apprentissage

Depuis la mise en place du dispositif de suivi médical de l'enfant, les progrès scientifiques et l'évolution de la société ont permis de maîtriser certaines maladies mais ont aussi fait apparaître de nouvelles pathologies.

Le suivi des jeunes enfants est assuré par des professionnels ayant bénéficié d'une formation spécifique. Pourtant depuis quelques années ces professionnels se retrouvent face à des troubles qui dépassent le strict champ sanitaire :

- Les troubles du comportement des enfants souvent à un âge de plus en plus précoce et des adolescents.
- Les troubles de l'apprentissage illustrés par des chiffres mesurant l'échec scolaire sont croissants²³.

²³ Dossier « *Les troubles de l'Apprentissage chez l'Enfant* » Anne Tursz, pédiatre, épidémiologiste, directeur de recherche INSERM U502, Paris, Revue ADSP n°26, mars 1999

Les troubles du comportement ne constituent pas véritablement une catégorie nosographique ; ils regroupent les symptômes modernes que sont les Troubles d'Hyperactivité avec Déficit de l'Attention (THADA) ou les Troubles obsessionnels compulsifs (TOC), les crises d'originalité juvénile et les passages à l'acte violent d'adolescents.

Ce sont des troubles actuels, observables directement dans les conduites et donc dans la relation enfant-entourage. Ils provoquent inévitablement des réactions comportementales dans l'entourage, mettant en cause les parents dans leurs attitudes éducatives, parfois le groupe social tout entier.

Par ailleurs l'évolution des pratiques de soins et d'aide aux enfants et aux adolescents avec des troubles du comportement sévères se heurte aux représentations qu'en ont les médias ou l'opinion publique.

Les troubles d'apprentissage sont définis comme «un ensemble hétérogène de troubles causés par une dysfonction, détectée ou non, du système nerveux central mais n'ayant pas pour origine un handicap visuel, auditif ou moteur, une arriération mentale, un trouble affectif ou un milieu défavorisé²⁴» Il existe en France un manque d'information et de formation à propos de ces troubles d'apprentissage que ce soit à destination des professionnels de santé ou des enseignants.

Ces troubles interfèrent de manière significative dans la réussite scolaire ou les activités de la vie courante. A ce titre, leur diagnostic et leur prise en charge sont essentiels.

Cependant, les professionnels sont souvent désarmés d'abord dans le diagnostic puis dans la prise en charge thérapeutique des enfants ou l'accompagnement de leurs parents.

On peut, en effet, remarquer qu'une certaine continuité dans les examens est souhaitable pour confirmer le diagnostic. La même continuité est requise au niveau du professionnel qui réalise ces examens. Alors qu'on note un décrochage dans le suivi médical à compter de l'âge de deux ans et que le professionnel qui réalise le suivi médical diffère au sein même de l'institution scolaire²⁵, il est difficile de repérer et de proposer une prise en charge pour ce type de pathologies.

²⁴ Définition du National Joint Committee of Learning Disabilities, États-Unis d'Amérique

La prise en compte de ces nouveaux facteurs influant sur le développement des enfants prend d'autant plus d'ampleur alors que les moyens pour les prendre en charge se raréfient.

1.2.3 Des phénomènes de société aggravants

L'ensemble des professionnels médicaux semble s'accorder pour faire de la démographie médicale un des facteurs venant entraver le bon déroulement du suivi médical. Plusieurs éléments sont mis en avant, le premier étant la baisse du *numerus clausus* en spécialité pédiatrie²⁶ qui entraîne un sous-effectif des médecins, le deuxième phénomène étant la mauvaise répartition des professionnels médicaux sur le territoire. Ces deux facteurs touchent autant les pédiatres que les médecins de PMI ou encore les médecins scolaires. Ainsi par exemple, le département des Côtes d'Armor compte 13 pédiatres, dont 7 à Saint-Brieuc.

La problématique de la démographie médicale entraîne une difficulté d'accès aux soins pour les familles géographiquement isolées ou encore l'impossibilité pour les médecins de réaliser l'ensemble des bilans de santé qui leur incombe. Cela les oblige à définir des « *politiques de gestion de pénurie* », pour reprendre les termes employés par le médecin scolaire responsable de l'académie de Saint-Brieuc. Ces politiques reposent sur une répartition des examens entre médecins et professionnels paramédicaux (puéricultrice de PMI ; infirmière scolaire) ou encore sur la redéfinition du contenu de ces bilans (mensurations, tests auditifs et visuels, tests psychomoteurs, tests de langage).

On peut, en outre, s'interroger sur le caractère aggravant du nomadisme médical. Certains professionnels considèrent qu'il ne devrait pas l'être dans la mesure où le carnet de santé est censé assurer le lien entre les professionnels et faciliter, ainsi, la continuité et la fluidité du parcours de soins. Pour d'autres professionnels, le nomadisme serait responsable d'une rupture dans la continuité des soins, et nuirait, par conséquent, au bon suivi médical des enfants.

Considéré par les uns comme outil pivot de la coordination du suivi médical, le carnet de santé perd pourtant de son utilité si l'on considère la démultiplication incontestable des outils de traçabilité. Il n'est plus le support unique du dialogue entre les professionnels de

²⁵ L'examen des 4 ans est réalisé en maternelle par le médecin de PMI tandis que celui des 6 ans est effectué par le médecin de l'Education nationale.

²⁶ Entretien pédiatre libéral

santé et les familles, au service de la prévention et de l'éducation à la santé des enfants. Chaque acteur de santé utilise un support différent (par exemple : carnet de santé, dossier médical scolaire, dossier médical de PMI, cahier pour les enfants à haut risque dans le service de néonatalogie du centre hospitalier de Saint-Brieuc), ce qui entraîne un risque certain de mauvaise gestion de l'information et de surinformation ou encore de perte d'information essentielle.

Par ailleurs, dans quelle mesure l'environnement socioprofessionnel des familles impacterait-il sur leur rapport de la santé ? L'ensemble des professionnels s'accorde sur le fait que le lien, entre l'approche que peut avoir une famille de la santé, et son statut socioprofessionnel, n'est pas évident. Le rapport à la santé s'expliquerait davantage par l'histoire des parents qui influencerait sociologiquement leur relation avec le monde de la santé²⁷.

Enfin, une faille du système ne repose-t-elle pas sur le manque de prévention ? C'est ce qui ressort très clairement des entretiens qui ont été réalisés avec les praticiens. Le manque de prévention apparaît à travers une politique de santé trop axée sur le curatif et insuffisamment sur la prévention et l'éducation à la santé. De plus, certains professionnels seraient insuffisamment positionnés sur la prévention (examens de dépistage) et d'autres, insuffisamment informés de la place de chacun dans le dispositif (comme les enseignants par exemple). En outre, du fait que plusieurs professionnels interviennent dans le même temps auprès des enfants, il n'est pas évident qu'une véritable politique de prévention auprès des enfants de la naissance à six ans puisse être menée.

Comme nous l'avons vu, le suivi médical a permis une réelle amélioration de la santé des enfants de la naissance à six ans. Toutefois une certaine discontinuité dans le dispositif au regard des tranches d'âges et des pathologies détectées doit être analysée.

²⁷ Entretien avec le directeur médical du réseau Prépsy, Paris

2 Le manque de coordination et de pilotage explique un défaut dans le suivi médical de l'enfant qui peut être dépassé par la mise en œuvre d'outils communs

L'étude de l'ensemble des freins au bon fonctionnement du suivi médical des enfants de la naissance à six ans nous a permis de dégager des solutions et d'envisager des propositions.

2.1 Des difficultés multifactorielles : le manque de coordination et de pilotage dans le champ du suivi médical

Faute d'une volonté politique suffisamment affirmée, la coordination des acteurs est délicate à mettre en œuvre, le dispositif de suivi médical des enfants en est empreint.

2.1.1 Une offre de santé insuffisamment coordonnée

Le principal élément qui attire l'attention dans le dispositif de suivi médical des enfants est la multiplicité des acteurs.

En descendant la pyramide des champs de compétences, on trouvera l'Etat auquel l'article L.1411-1 du CSP confie la détermination de la politique de santé publique nationale. Vient ensuite, au niveau régional, l'Agence régionale de l'Hospitalisation (ARH) qui décline les objectifs nationaux dans le SROS²⁸ avec un volet enfance et adolescence. Enfin, intervient le conseil général auquel a été confié la responsabilité de la protection sanitaire et sociale des enfants par l'article L.1423-1 du CSP. C'est dans le cadre de cette compétence départementale qu'agiront les services de la PMI. Ainsi d'un point de vue institutionnel, les compétences en matière d'ASE ont été confiées au département alors que celui-ci ne dispose pas de la totalité des leviers d'action : le transfert de ressources n'a pas été à la hauteur de celui des compétences²⁹ lors de l'acte 2 de la décentralisation.

Plus près de l'enfant, on identifie en tout premier lieu ses parents³⁰ et le praticien qu'ils auront choisi pour assurer ce suivi qui pourra être un médecin généraliste, un pédiatre libéral, ou un médecin institutionnel relevant de la PMI ou d'un service hospitalier. En second lieu, le code de l'éducation par son article L.541-1 fait de l'Education nationale la garante du suivi médical des enfants à partir de six ans. Ce suivi est assuré par les

²⁸ Art. L.6121-3 du CSP

²⁹ BOEUF J.L., MAGNAN M., *Les collectivités territoriales et la décentralisation*, La documentation française, 2008

³⁰ Art. 371-1 du code civil

médecins scolaires. Ce même article implique aussi l'équipe éducative en son alinéa 3 pour ce qui est du dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage lors de l'examen obligatoire des six ans en maternelle.

Enfin, si l'enfant a fait l'objet d'un dépistage et d'une orientation, il pourra relever de l'un des établissements médico-social cités à l'article L.312-1 du CASF et assurant une des missions de l'article L.311-1 du CASF.

C'est donc un grand nombre d'acteurs qui, chacun de par la loi, sera appelé à intervenir auprès de l'enfant dans le cadre d'un suivi médical : parents, médecins de la PMI, médecins scolaires, médecins traitants (généralistes ou pédiatres), pédopsychiatres et psychologues, professionnels paramédicaux, infirmiers, instituteurs, éducateurs spécialisés, travailleurs sociaux, etc.

Toutefois, les missions pourtant clairement définies par les textes se recourent, se superposent, ou s'ignorent, faute de faire l'objet d'une coordination. Des initiatives novatrices existent en matière de dépistage mais celles-ci souffrent du manque de coordination et ne sont pas, par conséquent, généralisées³¹. Différents niveaux, institutionnels et professionnels, sont à l'œuvre. Il manque actuellement un pilote pour coordonner l'action globale. Les acteurs assurent un suivi de qualité mais chacun exclusivement dans sa sphère de compétence. Ainsi, un parcours de repérage, de dépistage et de prise en charge est nettement identifié au sein de l'Education nationale pour ce qui est des troubles de l'apprentissage³². De même, il existe un parcours de soin clair pour les grands prématurés présentant un fort risque de trouble du développement³³. On pourra aussi noter la grande qualité du suivi jusqu'à 24 mois par la PMI, notamment dans le cadre du suivi vaccinal³⁴.

Mais force est de constater que les liens entre les acteurs sont difficiles et rares. L'absence de rapport ou d'actions communes entre l'Education nationale et le réseau Arc en ciel sur le territoire des Côtes d'Armor quant à la prise en charge des troubles de l'apprentissage en est

³¹ A l'initiative d'une inspectrice principale de l'académie de Rennes, un dispositif original de dépistage des troubles d'apprentissage du langage a été généralisé dans le cadre du plan académique « Langage sur la Bretagne ». Ce processus de repérage prévoit l'analyse des observations faites par les enseignants aux éléments d'information disponible dans le dossier de l'enfant. Si les outils pédagogiques ne répondent pas aux besoins de l'enfant, ce processus peut aboutir à proposer à la famille un soutien extérieur.

³² Entretien directrice d'école Rennes

³³ Entretien chef de service de néonatalogie de l'hôpital de Saint-Brieuc

³⁴ Entretiens avec les familles lors des consultations infantiles

une illustration. On pourrait encore citer les difficultés soulevées par l'absence de répartition des rôles entre généralistes et pédiatres, ou encore le niveau d'inclusion des libéraux dans le dispositif via les Union régionale des Médecins libéraux (URML).

En définitive, si les missions sont assignées, les rôles ne sont pas définis. La visibilité et la lisibilité du dispositif de suivi médical des enfants en sont affaiblies. Ce constat est partagé tant par les acteurs eux-mêmes que par les parents en difficultés et en quête de réponses. L'enquête a ainsi fait ressortir un fort désir de pilotage de la politique sanitaire des enfants.

2.1.2 L'impact de la dimension politique sur le suivi médical : un manque de pilotage

La question politique n'est pas étrangère au morcellement de l'action.

La déclinaison territoriale de la politique de santé publique, de l'Etat au département, ne rend pas aisée sa mise en œuvre contrairement à ce que laissent entendre les textes. Les différents responsables de circonscription rencontrés ont eu à cœur de le rappeler. Ainsi, l'action de la PMI reste soumise aux décisions de l'assemblée départementale, chef de file en matière de politique de l'enfance.

Ces orientations seront tributaires des particularités sanitaires du territoire, mais aussi de la configuration du secteur. La plus ou moins grande présence d'un secteur associatif n'aura ainsi pas le même impact sur les choix et la constitution de réseaux de santé. De façon corrélée, la question du financement des actions est éminente.

Des actions concurrentes en matière de prévention prénatales ont ainsi vu le jour dans le département des Côtes d'Armor, l'une menée par l'ASE, l'autre par la CAF.

Au niveau national, c'est la suppression annoncée des Réseaux d'Aides spécialisées aux Elèves en Difficulté (RASED) qui interroge, d'autant que l'objectif 96³⁵ posé par la loi de santé publique de 2004 reste à atteindre. Faute d'offrir un dispositif cohérent de prévention en échange, cette décision vient ajouter au trouble du dispositif du suivi des enfants.

³⁵ Objectif 96 : Amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit.

La question du pilotage de la politique de santé publique est ainsi prépondérante. L'ARH, faute de détenir un pouvoir de décision, malgré l'existence d'un SROS³⁶, ne peut pas assurer la cohérence des acteurs.

La création prochaine des Agence régionales de Santé (ARS) devrait permettre une vision plus large des questions de santé, en rassemblant sous la même direction le sanitaire et le médico-social dont les liens sont étroits.

En définitive, l'absence de cohérence des acteurs résulte pour partie du manque de pilotage politique.

Nos entretiens ont mis en évidence le manque de recul pour évaluer une politique de prévention, notamment en raison des alternances politiques. Le temps du politique étant plus court et souvent tributaire des échéances électorales, cette politique semble difficile à mettre en oeuvre.

S'interroger sur la pertinence du dispositif de suivi médical des enfants de la naissance à six ans revient ainsi à interroger le système dans sa globalité.

2.1.3 La pertinence du dispositif : le problème de la prise en charge en aval du suivi médical

L'atomisation des responsabilités évoquée plus haut est donc clairement un facteur de perte d'efficacité du dispositif. La PMI intervient dans les écoles pour effectuer des dépistages, mais il n'existe pas de liaison avec les équipes éducatives qui regrettent de ne plus pouvoir confronter leur vision aux observations faites par les médecins du conseil général. Dans le même temps demeure, en aval, la difficulté de la prise en charge des enfants de la naissance à six ans.

L'inscription de l'enfant dans un parcours de prise en charge est subordonnée en premier lieu à la décision de ses parents. Nous l'avons vu, ils sont et demeurent les garants de la santé et de l'éducation de leur enfant. Il n'est cependant pas aisé pour les familles d'entendre la nécessité d'une aide extérieure, éducative, médicale ou sociale.

Cependant les familles qui s'inscrivent dans cette démarche de soins rencontrent d'autres obstacles.

³⁶ Annexe VII : SROS III de Bretagne, Volet Enfants Adolescents, Bilan au 26 septembre 2008, ARH/DRASS

En premier lieu, on notera le manque de débouchés des filières d'aval. Les délais nécessaires à l'obtention d'un rendez-vous sont parfois réhabilitaires dans des spécialités médicales comme l'ophtalmologie ou des disciplines paramédicales. Certaines zones sont très mal pourvues en orthophonistes. Ainsi, des parents qui souhaitent inscrire leur enfant dans une démarche de soins ne trouvent pas forcément l'offre adaptée à ses besoins. Cet écueil a régulièrement été souligné par les professionnels que nous avons rencontrés. Par ailleurs, l'offre de soins quand elle existe reste peu lisible par les familles car elle est morcelée.

Dans cette configuration, les situations difficiles perdurent et conduisent à l'épuisement de la famille. Forts de ce constat les fondateurs du réseau Arc en Ciel³⁷ ont cherché à rendre lisible cette offre. Ils évoquent le besoin des familles de « poser leurs valises » (sic). Le réseau Arc en Ciel s'attache donc à tisser les liens entre les acteurs de santé pour que le parcours des usagers soit clarifié et fluidifié.

Enfin, le manque d'effectifs des services de médecine scolaire, mis en évidence lors des entretiens, est également un problème qui fait écho à celui du manque de temps disponible des médecins de la PMI, expliqué lors de certains entretiens par une organisation défaillante du service. Un médecin scolaire est référent pour environ 2 000 à 2 500 enfants du primaire selon une inspectrice principale de l'académie de Rennes. Le médecin de la PMI de Ploubalay évoque aussi le nombre très important des enfants qu'elle doit suivre. Si la démographie médicale est naturellement un obstacle à l'engagement de nouveaux praticiens dans les carrières administratives, la pénurie de temps médical disponible nécessite que soit étudiées des solutions de rationalisation de l'utilisation de ces compétences.

Les 20 examens prévus par les textes caractérisent bien toutes ces interrogations. En effet, alors même qu'ils s'inscrivent dans une logique de prévention globale des enfants de la naissance à six ans, les pratiques observées sur le terrain ont montré une sélectivité du fait de la « gestion de pénurie ». Il en résulte un caractère non homogène des examens qui fausse la dimension épidémiologique qui leur est attachée. Par ailleurs, l'utilisation de nouveaux outils ouvre de nouvelles perspectives visant à améliorer le suivi médical des enfants de la naissance à six ans.

³⁷ Annexe IX

2.2 Propositions pour l'amélioration de l'efficacité du suivi médical des enfants de la naissance à six ans

Pour déterminer des perspectives de renforcement de l'efficacité du suivi médical de la naissance à six ans nous nous sommes attachés à explorer les différentes dimensions de ce suivi. Les pratiques professionnelles, la définition des rôles et la coordination des intervenants en font partie.

2.2.1 L'uniformisation des outils de travail

Les 20 examens qui doivent obligatoirement être réalisés aux âges clés des enfants (4^{ème}, 9^{ème}, 24^{ème}, 36^{ème} mois et quatre ans) sont reconnus comme efficaces par l'ensemble des professionnels de santé que nous avons rencontrés (médecins généralistes, pédiatres, médecins de la PMI). L'accord se retrouve également quant aux âges reconnus comme âge clés. Ils constituent des paliers dans le développement physiologique et sensoriel de l'enfant. Ces examens sont bien échelonnés et assez fréquents pour permettre un suivi régulier et de qualité des enfants. Cependant, le manque d'outils communs ne permet pas d'assurer que les examens soient réalisés selon la même procédure. Il en résulte des doutes sur la qualité des examens. Afin de permettre une uniformisation des procédures, une étude sur la standardisation des examens des 9, 24 et 36 mois a été initiée par l'Institut de la Mère et de l'Enfant à Rennes pour la région Bretagne. Une boîte à outils utilisable par le praticien qui en fait l'achat a été créée. Elle contient l'ensemble des instruments nécessaires à la réalisation des tests qui doivent être réalisés dans le cadre des 20 examens ainsi qu'un protocole d'utilisation. Cette démarche vise à « aider les médecins à conduire une consultation de prévention de qualité pour les âges considérés »³⁸. Outre les outils proposés dans le cadre de cette action, le guide méthodologique fixe un temps minimal pour réaliser les examens pour une qualité optimale. Celle-ci doit être de 30 à 45 minutes, « l'examen du 36^{ème} mois étant reconnu par tous comme le plus long »³⁹. Ce type d'outils permet ainsi d'assurer une qualité uniforme des examens réalisés quel que soit le médecin. Il semblerait par conséquent souhaitable que de tels outils soient proposés à l'ensemble des médecins d'un point de vue national. Selon cette même volonté d'uniformiser les pratiques, une grille

³⁸ BUISSON, G. , 9, 24, 36 mois : tous pour un, un pour tous, Le pédiatre, n°230, 2009.

³⁹ Ibid

d'examens systématiques pour les enfants de quatre ans⁴⁰ a été mise en place entre certains médecins au niveau du département des Côtes d'Armor. Cette grille replace l'enfant dans son contexte environnemental et ne se limite pas qu'aux contrôles strictement médicaux. Cette grille reste expérimentale. L'objectif de ceux qui l'ont mise en place serait de former « *l'ensemble des médecins réalisant l'examen essentiel du 36^{ème} mois* »⁴¹. La même démarche a été envisagée pour l'examen des six ans⁴² afin d'assurer un suivi homogène des enfants en dépit du changement des intervenants médicaux tout au long du développement de l'enfant. Il apparaît à travers ces divers exemples que l'utilisation d'outils communs est indispensable pour un suivi de santé de qualité des enfants de la naissance à six ans. De cette manière, les incompréhensions ou malentendus entre intervenants médicaux au détriment de l'enfant devraient se raréfier. Dans ce but, une formation à l'utilisation des différents outils a été proposée à l'ensemble des intervenants de façon à uniformiser les pratiques.

2.2.2 Formation et redéfinition du rôle des acteurs de terrain

Au cours de nos entretiens, l'accent a été mis sur la nécessité d'une meilleure formation des professionnels de santé à la prévention, tant dans le cadre de la formation initiale que de la formation continue. Le développement de formations pluridisciplinaires, sur un territoire donné, doit permettre la construction de savoirs partagés et la définition de bases communes en termes d'objectifs, de contributions, d'évaluation.

Le succès de la politique de santé publique chez l'enfant réside dans sa capacité à mobiliser de façon complémentaire et coordonnée autour d'un projet partagé, sur un niveau territorial approprié, des collectivités territoriales, des organisations et des professionnels aux légitimités et aux finalités différentes.

« En permanence, la politique de prévention et de promotion de la santé doit trouver le juste équilibre entre des tentations divergentes : persuader ou contraindre ; culpabiliser ou responsabiliser ; collecter des données sanitaires et assurer leur confidentialité ; mener des actions ciblées et éviter l'étiquetage social ; promouvoir l'intérêt collectif et respecter

⁴⁰ Annexe VI

⁴¹ Ibid

⁴² Entretien pédiatre CAMSP de Saint-Brieuc

l'intérêt individuel. » souligne le rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales⁴³ de 2003 sur la prévention. Dans le cadre de la politique de santé publique de l'enfant, la promotion de la santé et l'éducation à la santé⁴⁴ doivent être privilégiées à l'injonction. Une réelle politique de prévention permettrait d'améliorer le suivi médical des enfants de la naissance à six ans et notamment la tranche d'âge des deux – quatre ans qui souffre actuellement d'un défaut de suivi.

Sur l'appui du rapport de l'IGAS de 2003, il convient de privilégier, dans ce domaine, des approches ciblées et territorialisées. L'activité des services de médecine préventive doit être réorientée vers des stratégies de santé publique. Le bilan de santé systématique doit être réinterrogé. En effet, le réseau des médecins est aujourd'hui suffisamment développé pour qu'il ne soit plus nécessaire de disposer de services de médecine préventive à vocation universelle. Le principal objectif de ces services n'est-il pas désormais d'atteindre les personnes «à risques» et celles ne bénéficiant pas d'un suivi médical. Il s'agirait de cibler les actions vers les enfants repérés et les modes de vie, à l'école et en milieu périscolaire, de façon à dépister le plus précocement possible les difficultés somatiques et psychologiques des enfants, et à mettre en oeuvre, dans le cadre d'un réseau, les prises en charges nécessaires. Dans ce cadre, les missions de chaque acteur intervenant dans le suivi médical devraient être redéfinies. Ainsi, en ce qui concerne les examens médicaux réalisés par la PMI, il est possible d'envisager une répartition claire des missions entre professionnels médicaux et paramédicaux afin d'optimiser les compétences de chacun. On parlerait alors de délégation d'acte entre professionnels médicaux et paramédicaux. Pour le milieu scolaire, une partie du repérage pourrait être réalisée par les infirmières en s'appuyant sur les signes observés par les enseignants. Elles identifieraient les troubles sensoriels et inciteraient le cas échéant les parents à orienter leurs enfants vers des professionnels libéraux. En parallèle, il est possible d'envisager un service unique de médecine communautaire de l'enfant incluant les services de la PMI et de l'Education nationale sans rupture du suivi dans le cadre d'un parcours de soins.

⁴³ BONNET-GALZY M.C., IGAS, *Santé, pour une politique de prévention durable*, La documentation française, rapport annuel 2003.

⁴⁴ « L'éducation à la santé peut se définir comme un ensemble organisé d'actions d'information, d'éducation et de communication qui vise à modifier dans un sens favorable à la santé les connaissances, croyances, attitudes, comportements, et les compétences d'un individu, d'un groupe ou d'une population. » Rapport IGAS Ibid.

2.2.3 Vers un guichet unique de l'enfance en région

A travers l'observation du système de dépistage des troubles de l'enfant, il ressort que les deux principaux modes d'entrée dans un parcours de soins sont :

- Les examens médicaux obligatoires réglementaires de la naissance à six ans par le personnel médical.
- Les repérages par le personnel éducatif lors des premières années de scolarité de l'enfant.

Les inconvénients de ce dispositif sont le manque de formation ciblée des professionnels concernés et un manque de coordination entre eux. Ensuite, en aval, se trouve une multiplicité d'acteurs dans la prise en charge, des soins. Ces faits participent au cloisonnement des différents systèmes, sanitaires, médico-sociaux, et pédagogiques. Il n'y a pas de vision globale du dispositif de suivi médical des enfants.

Une structure publique type centre de ressources pourrait être créée, pilotée à un niveau régional avec des antennes départementales. Cet organisme assurerait le rôle de coordonnateur, et plusieurs autres missions. En premier lieu, une formation commune et son suivi, pour les professionnels de santé et personnel éducatif intervenant dans le repérage des troubles peut être envisagée. Ces personnes disposeraient d'un outil commun, protocole ou référentiel, pour harmoniser les pratiques d'examens, appliquées à tous les enfants. Par ailleurs quel que soit le mode de dépistage de la pathologie et pour une prise en charge plus aisée, les résultats remonteraient tous vers le centre de ressources, qui assurerait, si besoin, l'orientation vers un professionnel de santé pour l'établissement d'un diagnostic.

En deuxième lieu, ce dispositif permettrait de créer, si nécessaire, un réseau généraliste et pluridisciplinaire, avec l'ensemble des professionnels de santé, structures sanitaires ou médico-sociales présents sur le territoire, afin d'optimiser l'offre de soins et de prise en charge. Si des réseaux fonctionnent déjà, il s'agirait alors de fédérer leurs actions et faciliter les passerelles entre eux, ainsi que de combler les lacunes d'offre des soins qui subsistent.

Enfin, une mission très importante consisterait à assurer l'information et l'accompagnement des familles ainsi que l'orientation des enfants vers des professionnels compétents à l'issue du dépistage. L'aide financière pourrait être proposée. Ce serait la mise en place d'un guichet unique en région.

Par ailleurs, l'informatisation du dossier médical permettrait d'améliorer la continuité des soins, la traçabilité des actes et l'information de tous les intervenants dans le parcours de soin de l'enfant. La protection et l'accès, total ou partiel, à ce dossier seraient soumis à l'approbation des parents. Cette harmonisation impliquerait une informatisation des professionnels de santé avec un financement public. La connexion au portail pourrait être assurée par le service informatique du ministère de la Santé.

Il ressort majoritairement des entretiens que le carnet de santé actuel, outil de liaison pour les professionnels de la santé et les parents est abouti et approprié, et doit être conservé. Cependant, un espace réservé pour les bilans des dentistes, orthodontistes et ceux réalisés dans le cadre scolaire serait appréciable. De plus, un espace serait à prévoir pour y faire figurer les orientations et le suivi de prise en charge. Pour préserver la confidentialité des données médicales, un cahier détachable pourrait être créé, pour le suivi des vaccinations, qui sont les seules informations nécessaires à fournir pour l'entrée dans certaines structures d'accueil de jeunes enfants.

Ces propositions ouvrent de nouvelles perspectives pour organiser un suivi médical des enfants de la naissance à six ans, mais ne prétendent pas à l'exhaustivité.

Conclusion

Le suivi médical des enfants de la naissance à six ans a pu être abordé dans le cadre de ce travail à partir d'une analyse de la bibliographie et d'entretiens avec les différents acteurs impliqués dans le suivi des enfants de la naissance à six ans dans le département des Côtes d'Armor. Ce suivi est spécifique et s'inscrit dans une perspective de prise en charge globale à la fois physique et psychosociale, prenant également en compte les déterminants environnementaux. Plusieurs acteurs participent à cette démarche. Les parents, en lien avec les professionnels de la PMI, les professionnels de santé libéraux et hospitaliers ainsi que les équipes médicales de l'éducation nationale. Ce suivi médical est règlementé, les vingt examens médicaux obligatoires constituant le socle de cette démarche. Le carnet de santé est présenté comme l'outil permettant d'assurer la traçabilité de ce suivi et de faire le lien entre les différents acteurs. Il sert également d'outil d'information pour les parents.

Un différentiel est apparu entre l'approche théorique et les pratiques. Si le suivi médical des enfants est correctement mis en œuvre un certain nombre d'éléments semblent perfectibles. Un consensus émerge sur des évolutions à envisager entre les acteurs interrogés. Le développement des réseaux pour faciliter les liens entre les différents acteurs apparaît comme la démarche indispensable pour créer du lien et éviter les redondances. Cette évolution permettrait également de mettre en œuvre une meilleure orientation dans la prise en charge en fonction des difficultés ou pathologies décelées, en particulier pour les problèmes nécessitant une prise en charge spécifique.

L'absence d'un dossier commun est également un point mis en évidence comme générant des difficultés dans le suivi médical des enfants de la naissance à six ans. Si le carnet de santé est globalement bien utilisé par les professionnels, il ne peut se substituer à un dossier médical commun. Son appropriation est insuffisante et sa confidentialité est insuffisamment respectée par les parents.

Enfin, la prise en charge et le suivi des enfants s'inscrit dans la politique sanitaire de l'Etat, avec un cadre législatif et réglementaire spécifique et l'adoption, depuis 2006, de SROS consacrés à l'enfant. Dans le cadre de la décentralisation, les départements, par le biais des services de PMI, sont également impliqués dans ce suivi et n'ont pas tous la même approche quant au suivi médical des enfants. Si cette démarche permet une approche prenant en compte les réalités locales, la recherche de liens et la mise en œuvre d'une politique volontariste impliquant l'ensemble des acteurs sont indispensables pour faire du suivi des enfants de la naissance à six ans l'élément constitutif d'une politique de santé publique harmonieuse avec des objectifs évaluables et clairement définis.

Bibliographie

Ouvrages

- THEVENET A., *L'aide sociale en France*, Edition PUF, 2004.
- OMS, *Les buts de la santé pour tous, La politique de santé de l'Europe*, Série européenne de la santé pour tous, n°4, 1993.
- ORS Picardie, *La santé, indicateur d'Environnements*, Edition l'Harmattan, 1996.
- DESTAIS N. , *Le système de santé, Organisation et régulation*, Edition L.G.D.J, 2003.
- ROLLET C. , *Les carnets de santé des enfants*, Edition La dispute, 2008.
- MALEK K., MINO J-C., LACOMBE K., *Santé publique - médecine légale, médecine du travail*, Edition ESTEM et MED-LINE, 1996.
- MANDE R., MASSE N., MANCIAUX M., *Pédiatrie Sociale*, Edition Flammarion Médecine-Sciences, 1972.

Articles et revues

- ROLLET C., *Pour une histoire du carnet de santé de l'enfant : une affaire publique ou privée ?*, Edition La documentation Française, Revue française des Affaires sociales n°3, juillet-septembre 2005.
- INSERM, expertise collective, dossier de presse, *Troubles des conduites, chez l'enfant et l'adolescent*, Edition INSERM, 2005.

Mémoires

- ENA, promotion 2005-2008, Groupe n°4, Séminaire relatif à « L'enfant », *Un système de santé au service des enfants ?*, juillet 2006.

Rapports

- BONNET-GALZY M.C., IGAS, *Santé, pour une politique de prévention durable*, La documentation française, rapport annuel 2003.
- JOURDAIN-MENNINGER D., ROUSSILLE B., VIENNE P., LANNELONGUE C. : *Etude sur la protection maternelle et infantile en France*. Rapport de synthèse. (2006/11).

- VINCELET C., TABONET M.D., BERTHIER M., BONNEFOI M.C., CHEVALLIER B., LEMAIRE J.P., DOMMERGUES J.P., sous l'égide du groupe de pédiatrie générale de la Société française de pédiatrie *Le carnet de santé de l'enfant est-il informatif ? Évaluation dans différentes structures de prévention et de soins* ; Janvier 2003.
- GIRAUD F., Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, *La prévention des handicaps de l'enfant*, rapport n° 363 (2003-2004).

Textes législatifs et réglementaires

- Loi n° 293 du 5 mars 2007 relative à la réforme de la protection de l'enfance. J.O. du 06.03.2009- 4215-7.
- Loi n° 89899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance. J.O. du 19.12.1989 - 15735-39.
- Décret n° 463 du 20 avril 2006 relatifs aux certificats de santé de l'enfant et modifiant l'article R.2132-3 du CSP J.O. du 22.04.2006 – 6077-37
- Arrêté du 5 décembre 2005 relatif à la forme et au mode d'utilisation du carnet de santé. J.O. du 13.12.2005
- Arrêté du 5 décembre 2005 relatif aux modèles d'imprimés servant à établir les premier, deuxième et troisième certificats de santé de l'enfant. J.O. du 13.12.2005
- Circulaire DHOS/DGS/02/6C no 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la collaboration médico-psychologique en périnatalité.
- Circulaire DHOS/01/DGS/DGAS/2004/517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration du SROS de l'enfant et de l'adolescent.

Sites Internet

- www.inpes.sante.fr
- www.fnors.org
- www.leciss.org
- www.has-sante.fr

Liste des annexes

- I- Méthodologie
- II- Entretiens réalisés
- III- Département des Côtes- d'Armor : Consultations infantiles par cantons et Circonscriptions de Solidarité Départementale
- IV- Questionnaires (à l'égard des professionnels et des familles)
- V- Statistiques PMI
- VI- Examen systématique des 4 ans (Grille expérimentale)
- VII- SROS III de Bretagne, Volet Enfants Adolescents, Bilan au 26 septembre 2008, ARH/DRASS
- VIII- Les vingt examens médicaux obligatoires
- IX- Extraits du rapport d'évaluation triennale, février 2006 / février 2009, du réseau Arc en Ciel

Annexe I : Méthodologie

Le groupe n°27 du module interprofessionnel de santé publique a travaillé sur le thème : « Suivi médical des enfants de la naissance à 6 ans, mythe ou réalité ? ». Il s'est réuni à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) du 4 au 20 mai 2009. Sur un thème de réflexion commun, le module a permis la réunion de professionnels d'horizons et de parcours très différents. Le groupe de stagiaires était composé d'un directeur des soins, d'un médecin inspecteur de santé publique, de deux élèves directeurs d'hôpital, de trois élèves inspecteurs de l'action sanitaire et sociale et de trois élèves directeurs d'établissement sanitaire social et médico-social.

Madame le Docteur Anne Letoret, médecin départemental de la PMI au conseil général des Côtes d'Armor, nous a guidés dans la compréhension et l'analyse du sujet. Dans un premier temps, le Docteur Letoret nous a décrit l'organisation du suivi médical des enfants dans son département à partir d'un dossier documentaire. Elle nous a proposé de rencontrer différents acteurs de terrain, intervenant principalement dans les Côtes d'Armor et directement impliqués dans le suivi médical des enfants et dans la prise en charge des troubles les plus fréquemment retrouvés. Un référent logistique s'est porté volontaire et a obtenu l'assentiment de tous.

Nous avons alors tenté collectivement de définir une problématique et avons élaboré un plan. Pour mieux s'approprier notre problématique et enrichir nos réflexions, il a été décidé d'aller rencontrer un maximum d'acteurs de terrain : les prises de rendez-vous, la répartition des déplacements et les déplacements eux-mêmes ont occupé une grande partie du temps consacré à ce travail commun. Sur la base du plan, nous avons élaboré en commun des questionnaires ; nous nous sommes répartis les rendez-vous par groupes pluridisciplinaires. Ces entretiens ont donné lieu à des comptes-rendus écrits transmis par voie électronique à chacun des membres du groupe ainsi qu'à un résumé oral lors de nos regroupements réguliers. Ces échanges quotidiens ont permis de préciser progressivement la problématique du devoir et d'affiner le plan initial.

Les derniers jours ont été consacrés à la rédaction des parties par chaque membre du groupe et à leur mise en commun en réunion plénière. Dans un souci d'harmonisation et d'unité de ton du rapport final, un comité de lecture de deux personnes a été constitué. Les autres stagiaires se sont répartis l'écriture des annexes, de l'introduction, de la conclusion et la bibliographie.

À chaque étape et aussi souvent que nous le souhaitons, nous avons bénéficié de la présence et de l'assistance attentive du Docteur Letoret.

Annexe II : Entretiens réalisés

Médecins

Médecins hospitaliers

- Dr De Baracé, pédiatre, CAMSP de Saint-Brieuc
- Dr Dupuy, pédiatre, service de Néonatalogie de l'hôpital de Saint-Brieuc

Médecin Inspecteur Régional (DRASS Bretagne)

- Dr Joseph

Médecins libéraux

- Dr Buisson, pédiatre, Saint-Brieuc

Médecins PMI (CG22)

- Dr Droumaguet, médecin de la cellule épidémiologique du service PMI
- Dr Ducreux de la consultation PMI de Lamballe
- Dr Flouzat de la consultation PMI de Saint-Brieuc
- Dr Marie de la consultation PMI de Dinan

Médecin scolaire

- Dr Le Coz, médecin responsable du service de promotion de la santé en faveur des élèves à St Brieuc

Paramédicaux

- Madame Blezo-Jouan, puéricultrice conseillère technique (CG 22)
- Madame Douilly, puéricultrice conseillère technique (CG 22)
- Madame Mahé, puéricultrice (CG 22)

Conseil général des Côtes d'Armor

- Madame Aubert, responsable de la Circonscription Solidarité Départementale (Dinan rural)
- Monsieur Gueguen, responsable de la Circonscription Solidarité Départementale (Lamballe)

Service ASE (Aide sociale à l'Enfance) :

- Madame Fomentin, Conseillère technique (Lamballe)
- Monsieur Gauvrit, Assistant de Service Social de secteur (Lamballe)
- Madame Maurice, Educatrice spécialisée de secteur (Lamballe)

Réseaux

- Monsieur Acef, ingénieur réseau, réseau Aura à Paris IDF (RDV téléphonique)
- Dr Domesent, médecin coordinateur, Réseau Arc en ciel
- Madame Ellis, Présidente fondatrice du Réseau Arc en Ciel
- Dr Gozlan, médecin coordinateur du Réseau Prépsy à Paris IDF (RDV téléphonique)

Education nationale

- Madame Gastart, Inspecteur Principal de l'Académie de Rennes à Saint-Brieuc
- Madame Rico Directrice de l'Ecole maternelle Jean Moulin (Rennes)

Caisse Primaire d'Assurance Maladie

- Monsieur Martin, directeur
- Monsieur Franck KERMEUR, chargé de mission

Familles

- Consultations infantiles à Ploubalay
- Consultations infantiles à Lamballe

Annexe IV : Questionnaires

Questionnaires aux professionnels

Partant de la problématique et du plan

Présentation de la personne interviewée (place de la personne dans la prise en charge des enfants) → Dans quelle tranche d'âge intervenez vous auprès des enfants.

- Qu'est-ce qui est entendu par "Suivi médical" ?
- Les 20 examens obligatoires sont-ils connus ?
 - Sont-ils effectués ? Sinon quels sont les obstacles ?
 - Leur caractère obligatoire est-il le garant d'un bon suivi médical ? Observez vous un relâchement dans le suivi médical entre 2 et 6 ans ?
 - Leur pertinence a t-elle été interrogée ?
 - Qu'est-ce qui est le plus/mieux dépisté ? Pourquoi ?
 - Quels retours ?
- Cherche t-on à détecter quelque chose ?
- Les enfants sont-ils vus entre 2 et 4 ans ?
 - Quels examens/tests sont pratiqués ?
 - Sont-ils formalisés ?
 - La place de l'argumentaire de l'HAS.
 - Connus ?
 - Utilisés ?
 - Qu'en pensez-vous ?
- La question de la traçabilité
 - Comment sont identifiés les examens pratiqués ?
 - Quel(s) outil(s) ?
 - Le carnet de santé ?
 - Quelles suites ? Quel est votre niveau d'information sur les suites qui sont données ?
 - Quel est l'impact du nomadisme médical dans le suivi des enfants ?

- Le réseau
 - Faites vous partie d'un réseau ?
 - Les autres acteurs du suivi sont-ils identifiés ?
 - Par troubles ?
 - Par niveau de proximité avec l'enfant/le réseau ?
 - Par compétence ?
 - Quel niveau d'interaction ?
 - Orientation ?
 - Contact ?
 - Relation suivie ?
 - Partenariat ?
 - Structure du réseau ?
 - Pilotage et animation centralisés ?
 - Relations non formalisées par "ricochet" ?
 - La place de la famille
 - Comment est-elle associée ?
 - Acteurs, partenaires ou sources d'informations ?
 - Sont elles impliquées ?
 - Quelle place donnée à ses observations ?
 - Comment faites vous de l'information à destination des familles?
 - Comment l'environnement familial influence t-il le suivi médical ?
- L'état de la démographie médicale impacte t-il le suivi des enfants ?
- Quelles pistes d'amélioration du suivi médical des enfants de 0 à 6 ans voyez-vous ?
- Indicateurs : nombre d'enfants vus, accès aux soins, indicateurs sur l'état de santé des enfants ?
- Désirez vous ajouter quelque chose ?

Questionnaire aux familles

1- **PRESENTATION :**

- a. De l'équipe et de la problématique
- b. De la famille interviewée : nombre d'enfants, âge des enfants, depuis quand viennent-ils à la PMI ? y a t il un suivi médical particulier pour votre enfant ?

2- **INFORMATION :**

- a. Connaissance des 20 examens obligatoires ? si oui, comment avez-vous eu connaissance de ces examens ?
- b. Selon vous, qu'est ce qu'apporte ces examens ?
- c. Question du renvoi des examens et de l'utilité de ces envois ?
- d. Vous sentez vous suffisamment informés ? souhait d'avoir plus d'infos et par qui ?
- e. 20 examens : pas assez ou trop ?
- f. Délais d'attente pour un rendez-vous ?
- g. Savez-vous à qui vous adresser, en cas de problème ? Repérage dans le parcours de soins.

3- **PMI :**

- a. Comment avez-vous eu connaissance de la PMI ?
- b. Pourquoi venez-vous à la PMI ? plutôt qu'un pédiatre ou généraliste.
- c. Est ce que la prestation offerte par la PMI vous semble-t-elle adaptée ?

4- **CARNET DE SANTE :**

- a. Utilisation qui en est faite ? A quoi sert-il ?
- b. Est-ce que vous l'amenez systématiquement et est ce qu'il est rempli par le professionnel de santé ?
- c. Appropriation du carnet de santé : seulement pour les médecins ou source d'information.

5- **ACCES AUX SOINS :**

- a. Proximité de la PMI et du lieu d'habitation.
- b. Quel moyen de déplacement ? éventuelles difficultés ?
- c. Est-ce que vous avez un médecin traitant ? l'enfant voit-il toujours le même médecin ?
- d. A quelle fréquence allez-vous chez le médecin ?

- 6- Satisfaction par rapport au suivi médical de l'enfant et est ce que vous pensez qu'il y a des choses à faire pour améliorer, faciliter le suivi médical ou votre propre démarche dans le cadre de ce suivi.

Annexe V : Statistiques PMI

Consultations infantiles PMI par tranche d'âge des enfants Année 2008

	Effectifs	Pourcentage
0 - 2 ans	2017	61,7
de 2 à 4 ans	840	25,7
de 4 à 6 ans	211	6,5
plus de 6 ans	110	3,4
Inconnu	91	2,8
Total	3269	100,0

L'âge des consultants a été calculé au
31/12/2008

Source : PMI servic départemental - service épidémiologie 2008

Tableau croisé Consultations infantiles - Tranche d'age - Circonscriptions

Circonscriptions	Tranches d'age					Total	
	[0;2ans]	]2 ans ;4 ans]	]4 ans ;6 ans]	+ de 6 ans	Inconnu		
1 CI Dinan Urbain	Effectif	117	116	25	22	6	286
	% compris dans CI	40,9%	40,6%	8,7%	7,7%	2,1%	100,0%
Total	Effectif	117	116	25	22	6	286
	% compris dans CI	40,9%	40,6%	8,7%	7,7%	2,1%	100,0%
2 CI CMSBroons	Effectif	43	11	7	2	1	64
	% compris dans CI	67,2%	17,2%	10,9%	3,1%	1,6%	100,0%
CMScaulnes	Effectif	26	12	2	0	0	40
	% compris dans CI	65,0%	30,0%	5,0%	,0%	,0%	100,0%
Evrans	Effectif	11	1	1	0	0	13
	% compris dans CI	84,6%	7,7%	7,7%	,0%	,0%	100,0%
Plancoet	Effectif	22	11	1	0	1	35
	% compris dans CI	62,9%	31,4%	2,9%	,0%	2,9%	100,0%
Plélan Le Petit	Effectif	7	1	0	2	11	21
	% compris dans CI	33,3%	4,8%	,0%	9,5%	52,4%	100,0%
Pleslin Trigavou	Effectif	13	5	1	0	3	22
	% compris dans CI	59,1%	22,7%	4,5%	,0%	13,6%	100,0%
Ploubalay	Effectif	15	5	3	0	0	23
	% compris dans CI	65,2%	21,7%	13,0%	,0%	,0%	100,0%
Total	Effectif	137	46	15	4	16	218
	% compris dans CI	62,8%	21,1%	6,9%	1,8%	7,3%	100,0%
3 CI Lamballe	Effectif	142	69	9	14	2	236
	% compris dans CI	60,2%	29,2%	3,8%	5,9%	,8%	100,0%
Matignon	Effectif	20	12	4	0	3	39
	% compris dans CI	51,3%	30,8%	10,3%	,0%	7,7%	100,0%
St Alban	Effectif	13	1	0	0	0	14
	% compris dans CI	92,9%	7,1%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Total	Effectif	175	82	13	14	5	289
	% compris dans CI	60,6%	28,4%	4,5%	4,8%	1,7%	100,0%
4 CI CMS Collinée	Effectif	26	10	2	0	0	38
	% compris dans CI	68,4%	26,3%	5,3%	,0%	,0%	100,0%
Loudéac	Effectif	110	39	6	1	3	159
	% compris dans CI	69,2%	24,5%	3,8%	,6%	1,9%	100,0%
Merdrignac	Effectif	29	11	0	2	2	44
	% compris dans CI	65,9%	25,0%	,0%	4,5%	4,5%	100,0%
Total	Effectif	165	60	8	3	5	241
	% compris dans CI	68,5%	24,9%	3,3%	1,2%	2,1%	100,0%
5 CI La Toupie	Effectif	93	18	5	1	12	129
	% compris dans CI	72,1%	14,0%	3,9%	,8%	9,3%	100,0%
Le plateau	Effectif	116	39	12	6	2	175
	% compris dans CI	66,3%	22,3%	6,9%	3,4%	1,1%	100,0%
Plérin	Effectif	55	10	1	1	4	71
	% compris dans CI	77,5%	14,1%	1,4%	1,4%	5,6%	100,0%
Total	Effectif	264	67	18	8	18	375
	% compris dans CI	70,4%	17,9%	4,8%	2,1%	4,8%	100,0%

Circonscriptions	Tranches d'age					Total	
	[0;2ans]	]2 ans ;4 ans]	]4 ans ;6 ans]	+ de 6 ans	Inconnu		
6 CI Chatelaudren	Effectif	35	9	1	3	3	51
	% compris dans CI	68,6%	17,6%	2,0%	5,9%	5,9%	100,0%
Plaintel	Effectif	23	6	2	0	0	31
	% compris dans CI	74,2%	19,4%	6,5%	,0%	,0%	100,0%
Plédran	Effectif	28	22	4	2	1	57
	% compris dans CI	49,1%	38,6%	7,0%	3,5%	1,8%	100,0%
Ploeuc sur Lié	Effectif	24	3	3	0	1	31
	% compris dans CI	77,4%	9,7%	9,7%	,0%	3,2%	100,0%
Ploufragan	Effectif	77	21	3	0	1	102
	% compris dans CI	75,5%	20,6%	2,9%	,0%	1,0%	100,0%
Quintin	Effectif	45	12	2	1	2	62
	% compris dans CI	72,6%	19,4%	3,2%	1,6%	3,2%	100,0%
St Quay Portrieux	Effectif	28	10	0	1	0	39
	% compris dans CI	71,8%	25,6%	,0%	2,6%	,0%	100,0%
Total	Effectif	260	83	15	7	8	373
	% compris dans CI	69,7%	22,3%	4,0%	1,9%	2,1%	100,0%
7 CI Croix St-Lambert	Effectif	72	39	13	5	2	131
	% compris dans CI	55,0%	29,8%	9,9%	3,8%	1,5%	100,0%
Point du Jour	Effectif	31	6	2	1	0	40
	% compris dans CI	77,5%	15,0%	5,0%	2,5%	,0%	100,0%
Yffiniac	Effectif	55	18	1	2	0	76
	% compris dans CI	72,4%	23,7%	1,3%	2,6%	,0%	100,0%
Total	Effectif	158	63	16	8	2	247
	% compris dans CI	64,0%	25,5%	6,5%	3,2%	,8%	100,0%
8 CI Cosmos	Effectif	83	35	7		0	125
	% compris dans CI	66,4%	28,0%	5,6%		,0%	100,0%
Les Fontaines	Effectif	40	10	0		1	51
	% compris dans CI	78,4%	19,6%	,0%		2,0%	100,0%
Perros	Effectif	12	3	0		0	15
	% compris dans CI	80,0%	20,0%	,0%		,0%	100,0%
Total	Effectif	135	48	7		1	191
	% compris dans CI	70,7%	25,1%	3,7%		,5%	100,0%
9 CI Plestin	Effectif	51	29	21	7	1	109
	% compris dans CI	46,8%	26,6%	19,3%	6,4%	,9%	100,0%
Tréguier	Effectif	61	28	8	2	8	107
	% compris dans CI	57,0%	26,2%	7,5%	1,9%	7,5%	100,0%
Vieux Marché	Effectif	45	22	6	9	3	85
	% compris dans CI	52,9%	25,9%	7,1%	10,6%	3,5%	100,0%
Total	Effectif	157	79	35	18	12	301
	% compris dans CI	52,2%	26,2%	11,6%	6,0%	4,0%	100,0%

Circonscriptions		Tranches d'age					Total
		[0;2ans]	]2 ans ;4 ans]	]4 ans ;6 ans]	+ de 6 ans	Inconnu	
10 CI Bégard	Effectif	31	12	5	0	3	51
	% compris dans CI	60,8%	23,5%	9,8%	,0%	5,9%	100,0%
Bourbriac	Effectif	29	13	3	1	1	47
	% compris dans CI	61,7%	27,7%	6,4%	2,1%	2,1%	100,0%
Champ au Roy	Effectif	49	22	1	2	0	74
	% compris dans CI	66,2%	29,7%	1,4%	2,7%	,0%	100,0%
Ploumagoar	Effectif	40	19	7	0	0	66
	% compris dans CI	60,6%	28,8%	10,6%	,0%	,0%	100,0%
Roudourou	Effectif	41	17	2	0	2	62
	% compris dans CI	66,1%	27,4%	3,2%	,0%	3,2%	100,0%
Tressignaux	Effectif	20	10	0	0	0	30
	% compris dans CI	66,7%	33,3%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Total	Effectif	210	93	18	3	6	330
	% compris dans CI	63,6%	28,2%	5,5%	,9%	1,8%	100,0%
11 CI Paimpol	Effectif	86	28	16	9	9	148
	% compris dans CI	58,1%	18,9%	10,8%	6,1%	6,1%	100,0%
Pleubian	Effectif	19	13	4	4	0	40
	% compris dans CI	47,5%	32,5%	10,0%	10,0%	,0%	100,0%
Plouha	Effectif	24	10	6	3	2	45
	% compris dans CI	53,3%	22,2%	13,3%	6,7%	4,4%	100,0%
Pontrieux	Effectif	43	23	9	3	1	79
	% compris dans CI	54,4%	29,1%	11,4%	3,8%	1,3%	100,0%
Total	Effectif	172	74	35	19	12	312
	% compris dans CI	55,1%	23,7%	11,2%	6,1%	3,8%	100,0%
12 CI Rostrenen	Effectif	67	29	6	4		106
	% compris dans CI	63,2%	27,4%	5,7%	3,8%		100,0%
Total	Effectif	67	29	6	4		106
	% compris dans CI	63,2%	27,4%	5,7%	3,8%		100,0%

Source : PMI service départemental - service épidémiologie 2008

Annexe VI : Examen systématique des 4 ans (Grille expérimentale)

Examen systématique 4 ans

Nom du médecin : _____ Date de l'examen : ____/____/____
 Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____
 Date de naissance de l'enfant : ____/____/____ Sexe : M F Age (mois) : _____

Antécédents

Contexte périnatal à risque	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Problème à la naissance
Anomalies repérées à 9, 24 ou 36 mois	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Problèmes de santé depuis l'examen de 36 mois	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Traitement en cours	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Type d'anomalie
Hospitalisation(s) depuis l'examen de 36 mois → Si oui, Nombre : _____	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Vaccinations obligatoires à jour Hépatite B 2 ^{ème} ROR	Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Pb de santé- Tt en cours

Conditions de vie

Enfant amené par le père la mère les deux parents autre : _____

Evénements familiaux apparus ou prévus Depuis l'examen de 36 mois Oui Non Evènement

Composition de la famille : (Arbre généalogique)

Activité actuelle de la mère /dernière profession exercée : _____
 Activité actuelle du père /dernière profession exercée : _____

Habitat : individuel collectif Risque de saturnisme Oui Non
 Enfant scolarisé Oui à temps partiel Oui à temps plein Non
 → Si oui, depuis quel âge (en mois) | | | |
 → Intégration scolaire bonne moyenne mauvaise
 Mode de garde périscolaire _____
 Temps journalier passé devant la télévision et les écrans
 Télévision pendant le repas Oui Non

Alimentation

Alimentation équilibrée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Contenu adapté	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Rythme adapté	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Reçoit de la vitamine D l'hiver	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Se brosse les dents régulièrement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Sommeil

Heure de coucher :		
Sommeil adapté	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Fait la sieste	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Co sleeping	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Se réveille la nuit	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Reçoit des traitements pour s'endormir	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Rituels pour s'endormir	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Autonomie et comportement social

S'habille et se déshabille	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Joue en groupe	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Connaît son sexe	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Connaît trois couleurs	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Propreté : de jour de nuit	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Comportement encopréteux <input type="checkbox"/>

Comportement Adapté : OUI NON

Si non : Evitement Agitation Bagarreur Immaturité Inhibition

Langage et parole (Test ERTL4)

	Profil 1 (normal) <input type="checkbox"/>	Profil 2 (à revoir) <input type="checkbox"/>	Profil 3 (à orienter) <input type="checkbox"/>
Voix		<input type="checkbox"/> forte ou chuchotée) <input type="checkbox"/>	érrailée ou nasillée <input type="checkbox"/>
Débit		<input type="checkbox"/>	bégaiement <input type="checkbox"/>
Parole		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notions spatiales		3 et + <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Réponses aux questions		Correctes <input type="checkbox"/>	0 ou 1 <input type="checkbox"/>
Utilise-t-il bien les mots outils		Oui <input type="checkbox"/>	incomplètes <input type="checkbox"/>
			Non <input type="checkbox"/>

Audition

Trouble de l'audition déjà détecté	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
→ Si oui, lequel :			
→ Prise en charge spécialisée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Facteurs de risque	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Signes d'appels	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Examen des tympans			
A gauche	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	
A droite	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	
Test de la voix chuchotée	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
+ /- Tympanométrie - Impédancemétrie	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>

Vision

Trouble de la vision déjà détecté	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	→ Si oui, lequel :
L'enfant a-t-il une correction ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
L'enfant est-il pris en charge ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Facteurs de risque,	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Signes d'appel	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Poursuite oculaire	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Nystagmus	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Déviation strabique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Acuité visuelle de loin			
OD	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
OG	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Acuité visuelle de loin			
OD	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
OG	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Vision stéréoscopique (Test de LANG)	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Tolère l'occlusion oculaire alternée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

Motricité fine et globale,

Motricité globale	satisfaisante <input type="checkbox"/>	difficile <input type="checkbox"/>	
Tient sur un pied au moins 3 secondes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Saute	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Pédale sur un tricycle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Marche sur une ligne	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Attrape la balle au bond	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Se relève de la position assise sans appui	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Garde l'équilibre penché en avant	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Motricité fine	satisfaisante <input type="checkbox"/>	difficile <input type="checkbox"/>	
Dessine le bonhomme en 3 parties (cotation 6)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Points : _____
Copie la croix	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Réalise le pont de 5 cubes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>

(Si difficulté possibilité de proposer : épreuves topologiques de Talbot, labyrinthe de la RRFV, barrage des nombres, puzzles..)

Examen médical

Poids : _____ (DS) Taille : _____ (pc) PC : _____ (DS)

IMC : _____ **Surcharge pondérale** **rebond d'IMC**

Reporter ces données aux abaques du carnet de santé pour préciser l'évolution des courbes de croissance.

Pression Artérielle _____

Protéinurie : _____

TA _____ BU Normal Anomalie Ex somatique Normal Anomalies

Respiration Nasale Buccale

Nombre de dents : cariées soignées _____ cariées non soignées _____ absentes _____ traumatisées _____

Synthèse des anomalies constatées

Allimentation	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>
Sommeil	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>
ORL	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>
OPH	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>
Neurologique	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>
Ostéo-articulaire	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>
Cardio-vasculaire	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>
Pulmonaire	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>
Abdominale	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>
Cutanée	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>
Buccale/dentaire	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>
OGE	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>

Précisez anomalies repérées

Conclusions (1 : Très facile - 5 : Très difficile)

Difficultés de l'examen 1 2 3 4 5 Durée de l'examen :

Avez-vous prévu de revoir cet enfant en surveillance

Oui Non

☑ Si oui, dans quel délai : _____

Date de la consultation de surveillance : ____/____/____

Conclusion de cette consultation :

Une consultation médicale spécialisée a-t-elle été demandée ?

Oui Non

☑ Si oui, précisez la spécialité, la date de la consultation et sa conclusion

Spécialité consultation demandée : _____

Conclusion de cette consultation :

Date : ____/____/____

Des examens complémentaires ont-ils été prescrits ?

Oui Non

Type d'examen: _____

Conclusion de cet examen

Date de l'examen : ____/____/____

Prise en charge des enfants et des adolescents (1)

- ✧ Volet du SROS arrêté début 2008
- ✧ Réanimation pédiatrique
 - ⇒ 2 dossiers en cours d'autorisation
 - ⇒ Mise en place coordonnée des USC (sur 6 sites) en coordination avec les 2 sites de réanimation
- ✧ Nouvelle organisation pour les transports néonataux et pédiatriques
- ✧ Chirurgie pédiatrique: Réseau régional de chirurgie pédiatrique
- ✧ Organisation de l'accueil et de l'hospitalisation des enfants et des adolescents
 - ⇒ cadre gradué, coordonné et formalisé à mettre en place par territoire

Prise en charge des enfants et des adolescents (2)

- ✧ SSR Pédiatrique (cf. nouveau cadre réglementaire)
- ✧ Du PMT au Projet de Santé de Territoire
- ✧ Création des conditions d'organisation d'une amélioration de la prise en charge des problématiques de la pédiatrie « environnementale »
 - ⇒ les problèmes de santé publique (TSA, TC, obésité)
 - ⇒ les pathologies chroniques (asthme, diabète, épilepsie)
 - par: une approche territoriale ascendante (territoire de proximité infrasectoriel) (accord cadre en cours entre les partenaires institutionnels)
 - la définition des rôles des différents professionnels (Libéraux, Santé scolaire, PMI, Med Soc, Etablissement)
 - le développement de l'éducation thérapeutique

Annexe VIII : Les vingt examens médicaux obligatoires

Les examens de santé:

Pour assurer le suivi médical des enfants de la naissance à 6 ans, le code de la santé publique Art L 2132-2, Art R 2132- 1 ont défini vingt examens médicaux obligatoires pris en charge à cent pour cent par l'assurance maladie de la mère.

Leur déclinaison et leur calendrier sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé comme suit:

- neuf au cours de la première année, dont un dans les huit jours de la naissance et un au cours du neuvième ou dixième mois,
- trois du treizième au vingt-cinquième mois dont un au cours du vingt-quatrième mois ou du vingt-cinquième mois,
- deux par an pour les quatre années suivantes.

Ces examens, réalisés par les médecins généralistes, pédiatres ou médecins de PMI ont pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale, du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la couverture vaccinale. Les résultats de ces examens sont mentionnés dans le carnet de santé.

SYNTHESE

1. PRESENTATION DU RESEAU :

a. Missions

Faciliter le dépistage, la prise en charge et le suivi global et coordonné des enfants porteurs de troubles spécifiques des apprentissages sur les Côtes d'Armor	
OBJECTIFS DU RESEAU	PLAN D' ACTIONS
Accueillir et accompagner les familles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informer les familles sur le fonctionnement du réseau : services proposés par le réseau, engagements des familles ▪ Proposer des consultations spécialisées de dépistage des troubles des apprentissages : évaluation, diagnostic, prise en charge. ▪ Programmer des consultations de suivi pour réajuster le diagnostic et les orientations initiales si besoin ▪ Solliciter la cellule scientifique pour un avis complémentaire sur des situations complexes ▪ Proposer des temps de rencontres conviviaux pour les enfants et les parents et favoriser l'échange et la communication
Organiser une complémentarité interdisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solliciter des concertations pluridisciplinaires pour mettre en place une prise en charge des soins coordonnée en lien avec l'école ▪ Solliciter la cellule scientifique pour un avis complémentaire sur des situations complexes ▪ Organiser la coordination des professionnels de santé et des soins avec l'enfant et sa famille ▪ Faciliter le partage d'informations concernant l'enfant ▪ Renforcer la participation des professionnels de santé libéraux (en particulier le médecin traitant) via le projet de pool de professionnels satellites
Réduire au maximum les délais d'attente en matière de dépistage et de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobiliser un partenariat : en optimisant l'offre de soin existante de façon cohérente et concertée avec les partenaires (institutionnels, libéraux, hospitaliers...) ▪ Expérimenter la création d'un pool de professionnels satellites afin d'optimiser la prise en charge et le suivi des enfants avec l'ensemble des acteurs institutionnels et libéraux. ▪ Améliorer l'offre, en particulier de certains professionnels de santé, en favorisant l'installation de nouveaux professionnels sur le département
Favoriser l'accessibilité aux professionnels hors nomenclature	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financer des soins hors nomenclature. ▪ Dispenser les familles de l'avance de frais : facturation au réseau par le professionnel. ▪ Développer l'activité du réseau de façon homogène sur le département.
Favoriser l'échange, le partage et l'acquisition d'une culture commune	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser des temps d'échange entre les professionnels. ▪ Organiser des formations, conférences pluridisciplinaires en direction des familles et des professionnels. ▪ Mettre à disposition des familles et des professionnels un annuaire ressource ▪ Constituer un fond documentaire multidisciplinaire et mutualisé, accessible au plus grand nombre. ▪ Développer un site Internet en direction des familles et des professionnels. ▪ Développer des partenariats institutionnels, professionnels et associatifs sur le territoire
Harmoniser les outils diagnostiques, les protocoles de bilans.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Echanges sur les outils diagnostic avec les professionnels de santé ▪ Déterminer les outils qui font consensus par profession ▪ Favoriser le partage de ces outils ▪ Participer à l'analyse de l'expérimentation sur le dépistage sensori-moteur (9, 24 et 36 mois) ▪ Expérimenter un bilan standardisé à 4 ans validé par les partenaires du réseau
Favoriser la rencontre des partenaires offreurs de soins dans le champ des troubles des apprentissages	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réunir au sein de la cellule de veille et d'alerte les différents partenaires du réseau. ▪ Mettre en lien nos observations et proposer de façon concertée des alternatives aux problèmes rencontrés sur le territoire dans la prise en charge des enfants présentant des troubles des apprentissages.

b. Population cible :

Les enfants de 4 à 12 ans présentant ou susceptibles de présenter des troubles spécifiques des apprentissages et leur famille domiciliés et scolarisés sur le département des Côtes d'Armor.

Les troubles spécifiques des apprentissages

« Ensemble hétérogène de troubles causés par une dysfonction, détectée ou non, du Système Nerveux central, mais n'ayant pas pour origine un handicap visuel, auditif ou moteur, une arriération mentale, un trouble affectif ou un milieu défavorisé. »

« Ces troubles peuvent se manifester par des retards dans le développement, des difficultés au niveau de la concentration, de la mémoire et du raisonnement ; des difficultés au niveau de la coordination, de la communication, de la lecture, de l'épellation, du calcul, et par des difficultés touchant la sociabilité et la maturité affective. »

National joint committee of learning disabilities

Nous pouvons ainsi distinguer les troubles¹ :

- du langage oral (dysphasie)
- du langage écrit (dyslexie)
- du calcul (dyscalculie)
- de la coordination et des habiletés visuo-spatiales (dyspraxie)
- des capacités attentionnelles (déficit de l'attention avec ou sans hyperkinésie).

Selon les études épidémiologiques, ces Troubles d'Apprentissage (TA) toucheraient 4 à 6% des enfants d'âge scolaire, et 1% seraient considérés comme des troubles sévères.

c. modèles stratégiques :

¹ Les définitions présentées ici sont inspirées du travail d'Andrée Aguirre et Nathalie Noack sur le réseau REMIPDYS de Toulouse.