

Comment la PMI de Vanves travaille pour lutter contre les inégalités sociales de santé

Pascaline Marpeau,
infirmière-puéricultrice,
responsable du centre de PMI,
Vanves.

La PMI de Vanves dans les Hauts-de-Seine s'appuie sur des compétences pluridisciplinaires. L'équipe comprend deux auxiliaires de puériculture, deux médecins, une sage-femme, une psychologue, une éducatrice de jeunes enfants et deux infirmières puéricultrices dont l'une est responsable du centre. Il y a, en moyenne, trois cent soixante-dix naissances par an sur la commune. En dépit d'une structure de population générale favorisée, nous accompagnons des familles en grande difficulté (chômage, emploi à temps partiel, logement insalubre, etc.) vivant dans des cités ou logées par le Samu social. Nous suivons aussi des mères seules, immigrées, dont certaines ne parlant pas français. La plupart de ces familles nous sont adressées par les professionnels des maternités environnantes.

La vocation du service départemental de PMI du Conseil général des Hauts-de-Seine est « *d'accompagner plus particulièrement les personnes en situation de vulnérabilité et de s'assurer que celles-ci bénéficient des prestations semblables à l'ensemble des citoyens. La PMI a avant tout une mission de promotion de la santé et de l'égalité des chances pour un bon développement de tous les enfants... Le succès de cette mission repose pour l'essentiel sur des actions de repérages précoces et efficaces*

auprès des familles et sur la faculté des professionnels de la PMI, en lien avec ses partenaires, à évaluer la nécessité de réaliser un suivi pour les familles en situation de vulnérabilité. »¹.

Modalités d'accompagnement des familles

L'accompagnement est ponctué d'opportunités de rencontres régulières et gratuites avec les familles que sont l'accueil-pesée, les consultations médicales, les visites à domicile (VAD) et le bilan en école maternelle (BEM).

À la sortie de la maternité, il est proposé aux familles d'aller peser leur bébé à la PMI. Nous recevons certains mois 90 % des nouveau-nés. Ce premier contact constitue, pour beaucoup de jeunes mères, sorties très précocement de la maternité, une aide d'autant plus précieuse et rassurante que, lorsqu'elles ont peu de moyens, elles ne peuvent entamer ailleurs un suivi médical régulier.

Les consultations médicales, avec examen clinique et vaccinations, les visites à domicile, qui permettent de se rendre compte de façon plus précise du cadre de vie de l'enfant, le bilan en école maternelle facilitant le dépistage précoce des troubles préjudiciables à la vie scolaire, constituent des modalités d'actions particulièrement adaptées aux familles en situation précaire, favorisant généralement un lien de confiance avec elles.

L'accompagnement prend appui sur le travail en équipe au sein de la PMI et en réseau avec différents partenaires : Conseil général (service social,

L'ESSENTIEL

- **Infirmières-puéricultrices, médecins, sage-femme, psychologue et éducatrice : l'équipe de la PMI de Vanves accompagne les familles après une naissance.**
- **La PMI leur propose des rencontres régulières notamment des accueils-pesée, des consultations médicales mais aussi des visites à domicile.**
- **Certaines de ces familles sont dans une situation socio-économique difficile, comme en témoigne le parcours de cette jeune mère et de son enfant, présenté ici.**

Aide sociale à l'Enfance), autres partenaires extérieurs (maternités, service « Petite enfance » de la mairie, crèches, Relais assistantes maternelles, écoles, médecins, Centre médico-psychologique, Centre de Guidance infantile, associations des techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF), Samu social, etc.).

L'équipe de la PMI se réunit chaque semaine pour échanger sur les familles suivies. Chacun partage ses observations, qui varient en fonction du cadre de ses interventions. Les attitudes et les réactions des parents et des enfants diffèrent, en effet, selon les personnes et les circonstances (salle d'attente, accueil-pesée, consultations, etc.). Ces échanges croisés favorisent une vision plus complète de la famille et de son fonctionnement. Ce partage de l'information et des ressentis donne du sens, et peut conduire à repenser l'accompagnement. Il permet à chacun de se

sentir reconnu dans sa spécialité et d'être d'avantage partie prenante du suivi. La cohésion d'équipe ainsi créée a un impact fort sur les familles qui perçoivent un discours commun, ce qui les rassure et contribue à leur donner confiance.

Le recours, en accord avec les parents, à nos partenaires permet de mettre les familles en lien avec des structures qu'elles ne contacteraient pas d'elles-mêmes.

Exemple d'un suivi

E., née en 2012, a une grande sœur de 3 ans qui a été suivie à la PMI. Ses parents sont arrivés en France en 2007, la mère a 18 ans, le père 27. La mère parle le français.

E. avait sept jours lors de son premier accueil-pesée et semblait aller très bien. Mais la grossesse ayant été difficile, la mère devait faire des examens qui l'inquiétaient. Ainsi fragilisée, nous lui proposons un suivi régulier. Elle rencontre le médecin du centre de PMI dix jours après. Auparavant, lors d'un rendez-vous à la PMI, elle nous a expliqué que sa fille vomit après chaque biberon. Mais l'enfant grossit bien et l'examen clinique est normal.

L'équipe observe régulièrement E. en pesée et en consultations. Nous constatons que le regard du bébé est difficile à capter et ne suit pas forcément un mouvement. Dans les bras de sa mère, E. détourne la tête en position d'hyperextension.

La maman reste inquiète et décrit toujours d'importants vomissements. Nous lui proposons de venir observer un repas à domicile. Elle accepte. Lors de cette première visite à domicile, nous sommes frappés par l'exiguïté de son logement. Elle nous raconte ses débuts difficiles en France, alors qu'elle était jeune et loin de sa mère restée en Roumanie. Elle propose alors un biberon à sa fille qui le prend puis le vomit. Elle nous révèle qu'après la naissance de sa fille aînée, elle a fait une grave dépression (« *je tombais dans un trou et pleurais toute la journée, je donnais le biberon au prix d'un effort immense...* »). Son médecin lui a prescrit un traitement et l'a orientée vers une psychologue libérale qu'elle n'a pas consultée pour des raisons financières. L'été suivant, elle a revu sa mère et sa

dépression a disparu. Elle ne s'en était jusqu'alors jamais ouverte à quiconque car elle en avait honte.

Nous la suivons, chaque semaine, à la PMI et lui téléphonons chaque lundi. Nous observons que l'échange mère-bébé reste difficile, E. évitant systématiquement le regard maternel. La maman nous apprend que sa fille n'accepte de prendre ses biberons que dans son lit et qu'elle y passe une grande partie de sa journée. Nous lui proposons une deuxième visite à domicile pour aménager un espace d'éveil au sol. La mère évoque alors sa difficulté à prendre en charge ses enfants. Nous lui proposons l'aide d'une technicienne en insertion sociale et familiale mais elle refuse. Nous lui proposons aussi de l'accompagner au groupe « berceuses et comptines », au centre périnatal du centre hospitalier Sainte-Anne, CPBB². L'objectif de ce groupe, animé par une pédopsychiatre et un orthophoniste, est d'établir un temps privilégié mère-bébé, la mère chantant des comptines de son enfance. Elle préfère réfléchir.

Quelques jours après, elle nous informe que les vomissements sont terminés. Nous la recontactons pour nous en assurer et la trouvons en pleurs, E. refusant de manger depuis deux jours. Le père s'est énervé. Sentant la maman démunie, nous lui proposons une troisième visite à domicile. La mère raconte le vécu de sa première grossesse : suspicion de Trisomie 21 avec proposition d'interruption volontaire de grossesse (IVG), chute avec risque de perte du bébé, suspicion de cardiopathie avec intervention envisagée à la naissance. Malgré ses inquiétudes, sa fille est née en bonne santé et dit-elle, « *est intelligente !* ».

Par la suite, la mère acceptera de consulter au centre périnatal lorsque E. n'aura pas pris le poids escompté et aura manifesté encore plus de troubles alimentaires. Nous l'y avons accompagnée et, sur sa demande, avons assisté au premier entretien. Dès la semaine suivante, une prise en charge régulière mère-bébé par le centre périnatal s'est instaurée, en complément du suivi de la PMI. Depuis lors, nous avons constaté une diminution des troubles. Le suivi entamé doit toutefois être encore prolongé.

Difficile de solliciter une aide

Le souci constant que génère la précarité de sa situation (isolement, logement, santé, revenus, etc.) parasitait la pensée et l'action de cette maman, en incapacité de voir sa difficulté relationnelle avec E. Il nous semble que le fait de ne pas lui imposer une solution, tout en continuant à la solliciter de manière respectueuse, lui a permis de prendre peu à peu de la distance avec ses problèmes immédiats et de nous exprimer ses souffrances passées, vraisemblablement à l'origine de ses difficultés actuelles.

Le temps laissé à cette maman, la gratuité et le caractère non contraignant de nos propositions lui ont permis d'accepter un suivi régulier, ce qui n'avait pas été possible dans un cadre de médecine libérale, lors de la première naissance.

Lorsque l'on est étrangère et isolée, il est difficile de solliciter une aide. La PMI est devenue l'interlocuteur privilégié de cette maman et le lieu où elle a pu faire connaissance d'une autre femme avec laquelle elle échange régulièrement désormais, une mère de nationalité moldave qu'elle retrouve à l'extérieur. En facilitant de telles rencontres, la PMI est créatrice de lien social et favorise l'intégration.

Disposer d'un réseau de partenaires que l'on peut solliciter (ici, le centre périnatal du centre hospitalier Sainte-Anne) permet de faire appel à des compétences spécifiques intervenant dans les délais courts (parfois dans les vingt-quatre heures), qu'exigent les situations de précarité.

Une nécessaire cohésion d'équipe

En conclusion, la lutte contre les inégalités sociales de santé, conformément aux orientations du schéma départemental, nécessite une cohésion d'équipe renforcée pour conduire des actions efficaces et pérennes. Cette cohésion repose notamment sur l'acquisition de connaissances communes (caractéristiques des inégalités sociales de santé et manière de les appréhender, observation des bébés, accueil et écoute des familles, etc.). Les formations correspondantes devraient être suivies en équipe, pour favoriser l'interaction et la complémentarité de tous

ses membres. Or actuellement, les personnes se forment séparément.

Il convient aussi de développer les visites à domicile, qui permettent d'observer les conditions réelles de la précarité de vie des familles, – ou en tout cas de les approcher – de tisser des liens favorables à l'efficacité du suivi, de rendre les familles davantage actrices de leur propre devenir, en leur donnant la possibilité d'accueillir dans leur lieu de vie, les professionnels qui les accompagnent pour progressivement aller vers une prise en charge et un soutien relevant du droit commun. Nous pensons que permettre à des familles de recevoir dans leur lieu de vie, des professionnels, au lieu de les faire se déplacer systématiquement dans une institution comme une PMI, est un facteur « d'autonomisation » et de reconnaissance pour ces familles. Le maintien d'un accueil indifférencié des familles demeure la condition *sine qua non* d'un accès aux soins pour tous. Enfin, il faut garder présent à l'esprit que la fragilité des personnes concernées nécessite de leur laisser du temps pour retrouver une autonomie et une capacité à agir.

1. Projet schéma départemental de PMI, 2009 : p.32.

2. Centre périnatal boulevard Brune (26, bd Brune – 75014 Paris) : unité pédopsychiatrique du centre hospitalier Sainte-Anne, prenant notamment en charge les enfants de 0 à 3 ans et leurs parents présentant des troubles relationnels précoces.

À GRENOBLE, UN PROGRAMME POUR COMBLER LE RETARD DE LANGAGE CHEZ LES TOUT-PETITS

Petite enfance et lutte contre les inégalités sont des priorités affichées par la ville de Grenoble. Dans ce cadre, le chercheur Michel Zorman, médecin de santé publique, a conçu un programme intitulé « Parler bambin » ou l'art de la conversation avec les tout-petits, programme de prévention précoce pour l'égalité des chances, dans tous les lieux d'accueil de la petite enfance. Inspiré de dispositifs mis en place au Canada et aux États-Unis, « Parler Bambin » est destiné aux enfants âgés de 18 à 36 mois. Il permet l'acquisition des compétences langagières par tous, à travers l'attention portée à l'enfant et le développement des interactions entre les professionnels et les enfants, en coopération avec les parents. Michel Zorman l'a dans un premier temps évalué de manière expérimentale, puis, à partir de 2012, le programme a été généralisé par le Centre communal d'action sociale (CCAS) de Grenoble à l'ensemble de ses structures petite enfance. Grenoble transfère aujourd'hui son expérience à d'autres collectivités. Six cents professionnels grenoblois ont été formés en trois ans et 2 500 enfants sont accompagnés chaque année. Nombre d'enfants entre 24 et 30 mois issus des quartiers sud de la ville, classés en Zone urbaine sensible, accueillis dans les structures municipales petite enfance de Grenoble ne présentent pas un niveau de développement cognitif et du langage correspondant à leur âge. Ces « retards » de langage à l'entrée de l'école maternelle entraînent un taux d'échec scolaire très élevé. Ce programme est un élément pour y remédier.

Aline Chevit,
CCAS de Grenoble.

Dossier

Petite enfance et inégalités sociales de santé