

SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION 2012-2016

Plan d'actions

FEMMES ENCEINTES, PARENTS
PETITE ENFANCE

Dr. Cécile Lucas
Lucie Bacchioni, IASS
Pilotes régionaux
du plan d'action

Direction Santé Publique et
Environnementale



CONTEXTE

Domaine du plan d'action Femmes enceintes, Jeunes parents, Petite enfance de 0- 6 ans

Le domaine du plan d'actions concerne la prévention chez la femme enceinte, la naissance, la période néonatale de 0 à 28 jours, la petite enfance (0 à 6 ans), les jeunes parents.

1- la situation en PACA

1-1 Les problèmes :

La prise en compte des inégalités sociales de santé dès la petite enfance est un enjeu majeur dans la mesure où les premières phases de développement et de l'éducation influencent la santé de l'individu tout au long de sa vie.

Il y a dans la région PACA des inégalités sociales et géographiques devant la périnatalité et la petite enfance.

- Dans la région PACA toutes les femmes et tous les enfants ne disposent pas des mêmes chances.
- Devant le choix de la grossesse : certaines femmes incapables d'assumer une grossesse se retrouvent seules face à un enfant non désiré
- Devant la grossesse : toutes les femmes n'accèdent pas de façon aussi efficace aux mesures de prévention de la prématurité (les femmes issues de milieu précaire ont un taux de prématurité plus élevé)
- Devant le mode de garde de leurs enfants : dans les ménages à bas revenus, la garde des enfants est généralement assurée par un des parents et le recours à un mode de garde payant est relativement rare. Ceci peut poser des questions sur l'environnement culturel et socialisant de l'enfant gardé exclusivement par ses parents¹.
- Devant les troubles des apprentissages : En France, plusieurs études montrent clairement un effet négatif du niveau socioculturel défavorisé sur les performances au langage écrit².)
- La prévention chez le petit enfant : elle pèche là aussi par l'iniquité sociale et géographique : l'obésité prédomine dans les milieux défavorisés. Les pratiques de la vaccination comme *le contexte environnemental relevant du PRSE*, ne mettent pas l'enfant dans une situation comparable d'un endroit à un autre du territoire régional

1.2 Les déterminants :

Le milieu social d'origine, la santé des parents et leurs comportements (consommation d'alcool et de tabac) influencent la santé de leurs enfants à l'âge adulte ; il s'agit ici d'inégalités des chances en santé : « être issu d'un milieu défavorisé, avoir connu des épisodes de précarité dans l'enfance, avoir des parents de niveau scolaire peu élevé, adoptant des comportements à risque ou en mauvaise santé, sont autant de facteurs explicatifs des inégalités de santé à l'âge adulte³. »

1-3 Caractéristiques démographiques et socio-économiques régionales

1-3-1 Natalité

Comme en France métropolitaine, la région PACA a connu une hausse importante et continue de la natalité depuis 2003 pour atteindre en 2008 un niveau jamais atteint avec 58 828 naissances. Le Vaucluse (13/1000) et les Bouches du Rhône (12,9/1000) présentent un taux de natalité supérieur au

¹ TOUTALIAN C., BERNARDI V., *Pauvreté : les enfants sont aussi concernés. Analyse de la pauvreté infantile en région PACA à partir de la source CAF*. Les cahiers du DROS n°08, juin 2010, 8 p

² Santé de l'enfant – propositions pour un meilleur suivi. Expertise opérationnelle. Les éditions INSERM 2009. p.60

³ BRICARD D, JUSOT F et al. Les modes de vie : un canal de transmission des états de santé. IRDES, Questions d'économie de la santé n°154, mai 2010

taux régional (12 /1000). Il est à noter que les départements de Vaucluse, Alpes de Haute Provence et Bouches du Rhône ont un taux de mères de moins de 20 ans supérieur à la moyenne régionale

1-3-2 Mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile, (décès des enfants de 0-1 ans incluant la mortalité néonatale, post-néonatale et périnatale) est proche du taux métropolitain, soit : 3,3 /1000 versus 3,6 / 1000.

On note cependant une surmortalité pour le département des Alpes-Maritimes (4,4/1000) et du Vaucluse (3,7/1000). (Source : ORS PACA : Document préparatoire du PRS élaboré pour l'ARS, p.88)

1-3-3 Prématurité

Le taux régional de prématurité n'est pas disponible. En PACA, en 2009, les réseaux Naître et Devenir et Sécurité naissance recensent 796 grands prématurés soit un taux de 1,35%.

1-3-4 Pauvreté infantile⁴

La région PACA figure parmi les régions les plus touchées par la pauvreté des enfants et des jeunes : en 2009, 290 000 enfants et jeunes de moins de 18 ans étaient concernés sur le million d'enfants que compte la région. Le taux de pauvreté infantile en PACA (28,5%) est supérieur au taux métropolitain (22%).

Seul le département des Hautes-Alpes se situe en-dessous de ce taux (19%). C'est dans les Bouches-du-Rhône que le taux est le plus élevé (31%), suivi du Vaucluse (28%), puis du Var, des Alpes-de-Haute-Provence (25%) et des Alpes-Maritimes (24%).

Les disparités entre les communes peuvent être très importantes (cf. carte ci-dessous et tableau en annexe 4 du schéma).

Taux d'enfants vivant dans des familles à bas revenu – 1^{er} décile des communes présentant le plus fort taux de pauvreté infantile en 2009

Source DROS PACA – données CAF 2009 (carte sirsé paca supprimée)

A l'échelle infra-départementale, on observe une très forte surreprésentation des enfants vivant dans des familles à bas revenus dans les villes-centres et en zone rurale, dans un moyen pays intéressant le Vaucluse, le Haut-Var et le sud des Alpes de Haute-Provence ; sont ainsi concernées : Avignon (45%), Marseille (44%), pourtour de l'étang de Berre (Port de Bouc 63%), Marignane, Vitrolles, Port-St-Louis du Rhône, certaines communes de l'ouest de la région (Arles, Saintes-Maries de la mer, Tarascon, Apt, Orange, Carpentras). Les taux sont également particulièrement élevés à Toulon, la Seyne-Mer, Nice, Cannes, dans de nombreuses petites communes du Haut Var et des Alpes de Haute-Provence.

Dans la région, un enfant pauvre sur deux vit dans une famille monoparentale. Celles-ci sont féminines dans 90% des cas. Les enfants à bas revenus appartiennent plus souvent à des familles nombreuses (41%) que les enfants vivant dans des foyers au-dessus du seuil de bas revenus (29%).

Le pic de pauvreté infantile est observé à 3 ans (32,2%).

1- 4 Caractéristiques sanitaires :

1-4-1 Troubles des apprentissages

A partir des bilans de santé effectués par les médecins des PMI à l'école maternelle au moyen de l'outil standardisé EVALMATER, il est possible de disposer des données de prévalence suivantes :

Région PACA	Troubles du langage		Troubles psychomoteurs	
	A revoir	A orienter	A revoir	A orienter
3 ans 6 mois à moins de 4 ans	31,2%	6,9%	12,5%	1,4%
4 ans à 4 ans 6 mois	23,5%	7,7%	9,1%	1,7%

Source ORS PACA 2003 – étude menée auprès de 3 000 enfants

Un suivi de 180 enfants issus de cette enquête a montré que le taux d'enfants effectivement suivis était élevé (86%). Par contre, parmi les enfants orientés, le taux de prise en charge était de 40%.

⁴ Les informations de ce paragraphe sont reprises de TOUTALIAN C., op. cit. p. 3

En France, trois études (il s'agit de cohortes d'enfants suivis de la grande section de maternelle jusqu'au CE1), sur la base de critères et d'épreuves différents, indiquent une prévalence de troubles d'acquisition de la lecture (il est difficile de dire dans ces études qu'il s'agit de dyslexie au sens strict) comprise entre 6 % et 8 %.⁵

1-4-2 Surpoids et obésité

En PACA, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 3,5 ans à 4,5 ans est la suivante (Source ORS PACA – exploitation des bilans de santé de PMI en école maternelle)

Région PACA		2002-2003	2009-2010 Données provisoires
Garçons	Surpoids	7,3%	7%
	Obésité	1,7%	1,4%
Filles	Surpoids	9,1%	9,6%
	Obésité	2,5%	2,5%

A 5-6 ans, les chiffres sont les suivants (Source DREES)

	Surpoids		Obésité	
	1999-2000	2005-2006	1999-2000	2005-2006
PACA	15,6	12,5	4,3	2,5
France	14,4	12,1	3,4	3,1

Il existe une relation entre l'augmentation de la prévalence de l'obésité et la faiblesse du statut socio-économique des parents.

De même, l'obésité est plus marquée dans les zones urbaines et/ou défavorisées

La convention signée en 2010 par l'ARS avec le rectorat d'Aix Marseille prévoit l'exploitation annuelle des données biométriques des bilans de santé de la très grande majorité des enfants de grande section de maternelle (le taux de visite d'admission est de plus de 83 %), afin de dresser une cartographie des IMC par écoles et/ou autre territoire géographique pertinent. L'objectif est d'adapter les mesures en matière d'éducation pour la santé et plus spécifiquement la nutrition au plus près des caractéristiques des enfants et des familles concernées. Les résultats de ce travail devraient être disponibles très prochainement.

1-4-3 Vaccinations

En ce qui concerne les vaccinations **Diphthérie, Tétanos, Coqueluche Poliomyélite, Haemophilus influenzae B (HIB)**, selon l'analyse des certificats de santé du 24^{ème} mois, les trois départements les plus peuplés (06 13 83) affichent en 2007 un taux de couverture vaccinale satisfaisant par rapport à l'objectif de l'OMS (95%). Cependant les résultats provisoires d'EVALMATER pour cette tranche d'âge et pour l'année 2009-2010 laissent apparaître un fléchissement sensible du taux du 1^{er} rappel de vaccinations.

En ce qui concerne le **ROR** les taux de vaccination sont insuffisants (la cible nationale étant respectivement de 90% à 2ans et 95% à 6 ans.) En 2010, dans les résultats provisoires d'EVALMATER, le taux moyen régional est de 79,9%, les départements les moins vaccinant à 2 ans, étant dans l'ordre décroissant : 04, 05, 83, 84, 13, 06. ; et à 4 ans, le taux moyen est de 89,5%, soit dans l'ordre décroissant au niveau des départements : 04 84 83 05 06 13.

En ce qui concerne l'**hépatite B**, en 2010, dans les résultats provisoires d'EVALMATER, le taux moyen régional est de 20,05% ; les départements les moins vaccinant à 2 ans sont dans l'ordre décroissant : , 05, 84, 04, 83, 13, 06. ; et à 4 ans : 05, 84, 04 83 13 06 (taux moyen régional : 26,4 %) En 2007, le taux national était de 41,9%.

1-4-4 Santé bucco-dentaire :

1-4-4-1 Relation entre la santé bucco- dentaire et la grossesse :

La grossesse entraîne des modifications physiologiques et psychologiques majeures qui bouleversent la santé bucco-dentaire de la femme enceinte. En effet, la grossesse a un impact sur la santé bucco-dentaire. Une mauvaise santé bucco-dentaire peut entraîner des complications de grossesse importantes.

⁵ Santé de l'enfant – propositions pour un meilleur suivi op. cit. p. 59

1-4-4-2 Santé bucco-dentaire Petite enfance :

Peu d'études épidémiologiques ont étudié la prévalence de la carie dentaire chez les enfants de moins de 6 ans.

Aucune donnée n'est disponible chez les enfants de moins de 3 ans.

20 à 30 % des enfants âgés de 4 à 5 ans ont au moins 1 carie non soignée (illustrant un besoin en soins au sein de cette population). Par ailleurs, de grandes disparités existent selon le lieu de scolarisation ou le niveau socio-économique du foyer. En effet, les enfants scolarisés en ZEP ou les enfants en situation de précarité présentent des indices carieux et des signes de polycarie beaucoup plus importants par rapport aux autres enfants. Par ailleurs, un lien entre la présence de carie chez les enfants de moins de 6 ans et le faible niveau d'étude de la mère ou le bas niveau socio-économique de la famille a été mis en évidence.

Le recours à l'EBD (examen bucco-dentaire) à 6 ans varie selon les territoires de proximité : de 28,4% à Marseille à 46,6% à Gap.

1-4-5 Traumatismes de la petite enfance

(Cf Etat de santé et inégalités de santé en région PACA, 2010, document préparatoire au PRS élaboré pour l'ARS PACA par l'ORS pp. 91-92)

1-4-5-1 Violences subies dans la petite enfance

Les maltraitements concernent trois fois sur quatre les enfants de moins de sept ans et s'exercent dans 85% des cas dans le milieu familial.

L'impact des violences conjugales sur la petite enfance.

1-4-5-2 Accidents de la vie courante :

La noyade et suffocations sont les deux premières causes de décès par accidents de la vie courante.

1-5 Spécificités territoriales

Les données correspondantes sont développées page 8 à 12 du Schéma régional de prévention.

Sur le plan d'actions « Femmes enceintes, parents, petite enfance » une synthèse des informations transmises par les délégations territoriales de l'ARS pour les territoires en CUCS et bénéficiant pour certains d'un ASV fait ressortir les principaux constats suivants :

- Domaine parentalité
 - difficulté des parents dans l'éducation de leurs enfants
 - surreprésentation des familles monoparentales dans les quartiers en CUCS
 - maltraitance, carences éducatives
- Domaine Troubles d'apprentissage du langage
 - Prévalence marquée dans certains territoires.

2 Analyse des ressources par territoires

Dispositifs de prévention spécifiques

(Définitions des dispositifs en annexe 5 du schéma régional de prévention)

'Carte supprimée)

Les lieux de consultations des services de PMI sont répartis sur l'ensemble de la région.

Les conseils généraux avec les services de PMI, les centres de planification, de promotion de la santé scolaire en faveur des élèves (pour la dernière année en école maternelle) jouent un rôle majeur pour prévenir les inégalités sociales de santé.

3 Critères de qualité

Le dispositif « idéal » pour cet âge de la vie est dense, ce qui est pleinement justifié par la nécessité de repérer précocement les difficultés pour mettre en œuvre les interventions appropriées. Il associe étroitement des professionnels sociaux, de soins et de prévention, avant et après la naissance.

Soins et prévention sont en fait profondément associés dans les actes pratiqués notamment au moment de l'entretien prénatal précoce (EPP) ou dans le suivi des premiers mois de vie du nourrisson. L'attention aux conditions de vie des familles est d'une importance majeure et justifie la vigilance de chacun et le partage des informations. La proximité de l'offre, en particulier celle qui est proposée par les services de PMI est capitale. Ce plan d'action devra être développé en lien avec le SROS Périnatalité.

OBJECTIF GENERAL : Réduire les effets négatifs des inégalités socio-économiques sur la santé, en intervenant dès la grossesse et la vie intra-utérine, tout au long de la période néonatale (0-28 jours) et auprès des enfants de 0 à 6 ans et de leurs parents.

L'ensemble des objectifs opérationnels du plan d'actions s'inscrivent dans le contexte de la loi de santé publique et des différents programmes et plans nationaux et notamment:

- PNNS 2011-2015
- PNO 2010-2013
- PNA 2009-2013
- Plan Education à la Santé
- Plan Cancer 2009-2013
- Plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013
- Plan national de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014
- Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012
- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011
- Plan national de prévention et de prise en charge des addictions 2007-2011
- Plan « périnatalité » 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité ; et l'évaluation du plan périnatalité 2005-2007, février 2011.
- Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014) : Axe 1, mesure 1 Action 1, mesure 3 action 8.
- Plan autisme 2008-2010
- Plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2009.
- Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France 2005-2010.
- Plan de prévention des accidents de la vie courante 2004.

Ils sont en lien avec les différents schémas et programmes régionaux :

- PRAPS
- Les schémas régionaux d'organisation des soins, notamment les schémas périnatalité et addictologie.
- Stratégie vaccinale régionale.

Agir à cette période est capital pour réduire les inégalités de santé ; un important ensemble de mesures vise donc cet objectif. Les actions visant à développer les facteurs de protection ont une vocation générale pour certaines (allaitement maternel) ou plus ciblée sur des territoires vulnérables pour d'autres (développement des compétences psychosociales). La prévention du surpoids et de l'obésité visera les territoires socialement vulnérables.

Pour les enfants de moins de 6 ans qui correspondent au public « petite enfance », l'objectif est ici d'intervenir le plus précocement possible en particulier pour réduire les conséquences d'un environnement physique ou social défavorable et promouvoir des facteurs de protection à même d'inscrire l'enfant dans la trajectoire de vie la plus favorable.

Objectif spécifique 1 : Réduire les effets négatifs des inégalités socio-économiques sur la santé, en intervenant dès la grossesse et la vie intra-utérine

- Garantir une alimentation suffisante et équilibrée et une activité physique adaptée pendant la grossesse.
- Promouvoir l'Entretien Périnatal Précoce
- Prévenir les conduites addictives chez les femmes enceintes :
 - Promouvoir le sevrage tabagique pendant la grossesse.
 - Des mesures spécifiques sont à prévoir à l'égard des femmes usagères de drogue et d'alcool.
- Favoriser l'allaitement maternel.
- Sensibiliser les professionnels (généralistes, spécialistes, sages-femmes) à la problématique des mutilations sexuelles féminines (cf plan Violences faites aux femmes)

Publics cibles :

Les femmes enceintes

Territoires cibles :

- Tous les territoires,

- Pour le thème « alimentation suffisante et équilibrée et activité physique adaptée » seront prioritaires les communes où le taux de pauvreté infantile est élevé, en tenant compte du nombre et de la proportion d'enfants vivant dans des familles de bas revenus :

04 : Riez,

06 : Cannes, Nice,

13 : Port de Bouc, Marseille, Arles, Saintes Maries de la Mer, Tarascon, Port St Louis du Rhône,

83 : Tavernes, La Seyne sur mer, Toulon, Brignoles,

84 : Avignon, Orange, Carpentras, Bollène

Actions attendues :

Tout projet devra développer le partenariat pour associer les professionnels concernés par la thématique.

Les actions, dans une approche globale de promotion et d'éducation pour la santé, viseront :

- l'information, la sensibilisation, l'éducation des publics cibles, en privilégiant une stratégie de communication adaptée au bon passage des messages pour modifier les comportements tout en favorisant leur participation en tant qu'acteurs et créer du lien social,
- la formation à l'accompagnement des personnes relais de ces publics cibles (personnes relais : personnes qui, à un titre ou à un autre, dans le cadre d'un exercice professionnel (médical, médicosocial, social ou autre) ou dans celui d'une activité bénévole, sont en contact avec les publics cibles).

Pour ces actions, les promoteurs veilleront à leur faisabilité et à leur cohérence au sein d'un même territoire de proximité sans dissocier la personne de son environnement individuel ou collectif.

Dans chacun des territoires de proximité il sera utile de faire connaître et développer les ressources humaines et les moyens matériels nécessaires à leur mise en œuvre.

Les messages à transmettre sont ceux des plans nationaux visés dans le plan d'actions.

Observations / Recommandations :

- Développer, par exemple, des ateliers puériculture-nutrition, dans les structures sociales accueillant des femmes en situation de vulnérabilité socio-économique.
- L'entretien Prénatal Précoce (quatrième mois de grossesse) permet notamment d'identifier les besoins d'information, les situations de vulnérabilité et les compétences parentales à développer. En lui-même, relève du SROS ambulatoire et du SROS périnatalité. L'adhésion des professionnels à cette mesure est essentielle. Rôle majeur des services de PMI, des sages-femmes, en lien avec les professionnels en particulier libéraux concernés, à sensibiliser.
- Sevrage tabagique pendant la grossesse :
 - prises en charge des traitements à hauteur de 150 € par l'Assurance-maladie pour les femmes enceintes.
 - mesures spécifiques à l'égard des femmes usagères d'alcool. et de en partenariat avec la PMI et les maternités.
- Allaitement maternel : en partenariat avec la PMI et les maternités

Indicateurs de suivi :

- Nombre de prises en charge des traitements de sevrage tabagique pendant la grossesse (à hauteur de 150 €) par l'Assurance-maladie pour les femmes enceintes
- Nombre de maternités favorisant l'allaitement maternel (inscrites dans les CPOM)
- Taux d'allaitement dans les certificats de santé du 8^e jour

Objectif spécifique 2 : Réduire les effets négatifs des inégalités socio-économiques sur la santé, tout au long de la période néonatale (0-28 jours) et auprès des enfants de 0 à 6 ans

Sur tous les territoires

- Assurer l'exploitation des données recueillies lors de l'établissement des certificats de santé des 8^e jour (dont taux d'allaitement, taux de prématurité, poids et taille des nouveau nés), 9^e mois et 24^e mois, pour chacun des départements de la région et au niveau le plus fin.
- Décrire l'état de santé des enfants de 3-4 ans et de 5-6 ans en précisant ses spécificités selon les différents territoires de la région. Dans les bilans de santé pour les 3-4 ans, en écoles maternelles notamment réaliser tous les deux ans une exploitation d'un échantillon des premiers bilans de santé en maternelle .sur la base d'EVALMATER pour la tranche d'âge des 3-4 ans. Et pour la tranche d'âge des 5-6 ans, décrire les écarts de surpoids et d'obésité entre les différents territoires de la région.
- Décrire la mortalité par accidents domestiques des enfants de 0-6 ans.(à partir des données Inserm- CépiDc, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, ou EPAC) et pas seulement 0-14ans
- Améliorer le taux de suivi des préconisations réalisées à l'issue des bilans de santé en milieu scolaire (3/4 ans et 5/6 ans)
- Garantir une alimentation suffisante et équilibrée et une activité physique adaptée pendant la petite enfance. Cet objectif vise notamment à diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants de grande section maternelle, de 12,6% à 9,5% en 2013.

- Prévenir les accidents de la vie courante
Parce qu'ils n'ont pas conscience des risques, les enfants de 0 à 6 ans constituent la population la plus touchée par les accidents de la vie courante. Il est nécessaire dans ce domaine dès la maternelle de développer des compétences auprès de ces enfants : précautions, gestes de prévention à adopter et aussi de la conduite à tenir en cas d'accident dans la limite de leurs capacités.
(Les accidents domestiques, Les défenestrations, Les suffocations, inhalations, ingestions accidentelles, Les intoxications avec des médicaments ou produits ménagers, Les accidents de baignade ou activité nautique, Les accidents de sport et loisirs).
- Assurer le respect du calendrier vaccinal et viser à atteindre le taux de couverture vaccinale fixé au niveau national en suivant les recommandations du groupe chargé de la Stratégie vaccinale régionale afin notamment :
 - d'améliorer le taux du 1° rappel DT polio, coqueluche dans le certificat de santé du 24° mois,
 - pour la vaccination rougeole : atteindre un niveau de couverture vaccinale à 24 mois d'au moins 95% pour la première dose et d'au moins 80 % pour la seconde dose,
 - promouvoir la primo-vaccination contre l'hépatite B, pour atteindre chez les enfants âgés de 24 mois une couverture vaccinale de 80%.
- Participer à l'amélioration du repérage précoce des enfants exposés aux violences, notamment à l'impact des violences conjugales, en renforçant la formation des professionnels de santé.

Sur les territoires les plus marqués par le taux de pauvreté infantile

- Promouvoir des actions d'éducation à la santé, visant à acquérir une bonne hygiène bucco-dentaire et une alimentation suffisante et équilibrée et une activité physique adaptée afin de prévenir le surpoids et l'obésité en Réseaux Ambition Réussite, ECLAIR (écoles, collèges, lycées, Ambition Innovation Réussite).
- Développer les programmes d'intervention précoce pour les enfants et leur famille vivant dans un contexte de vulnérabilité en agissant sur le développement somatique, moteur, du langage, cognitif et social.
 - La dimension « communication » de ces programmes devra veiller à utiliser des outils simplifiés et adaptés à la transmission des informations données aux familles en diversifiant les supports.
 - Améliorer l'accès à la prévention, au dépistage et le suivi des bilans de santé : troubles du développement psychomoteur et en particulier d'apprentissage du langage, améliorer le taux de suivi des préconisations réalisées à l'issue des bilans de santé en milieu scolaire (3.5/4.5 ans et 5/6 ans).
 - Mobiliser les moyens d'investigation qui permettent d'identifier et d'agir sur les conditions de vie insalubre ou les logements inadaptés, notamment pour les enfants (saturnisme infantile, asthme,...). Cet objectif sera mis en œuvre dans le cadre du projet de santé environnementale.
- Mettre en œuvre des programmes de développement des facteurs de protection et de compétences psychosociales chez les enfants.
- Inscrire et ou développer un axe petite enfance dans le volet santé des CUCS ainsi que dans les ASV en tant que de besoin.

Publics cibles

Enfants de 0-6 ans

Territoires cibles

- Tous les territoires
- Pour le thème « vaccinations », où il conviendra de faire porter les priorités sur les territoires les moins vaccinant :
 - En ce qui concerne le ROR en 2010, dans les résultats provisoires d'EVALMATER les départements les moins vaccinant à 2 ans, étant dans l'ordre décroissant : 04, 05, 83, 84, 13, 06 ; et à 4 ans : 04, 84, 83, 05, 06, 13.
 - En ce qui concerne l'hépatite B, en 2010, dans les résultats provisoires d'EVALMATER les départements les moins vaccinant à 2 ans sont dans l'ordre décroissant : 05, 84, 04, 83, 13, 06 ; et à 4 ans : 05, 84, 04, 83, 13, 06 .
- Pour le thème « alimentation suffisante et équilibrée et activité physique adaptée » seront prioritaires les communes où le taux de pauvreté infantile est élevé, en tenant compte du nombre et de la proportion d'enfants vivant dans des familles de bas revenus :
 - 04 : Riez,
 - 06 : Cannes, Nice,
 - 13 : Port de Bouc, Marseille, Arles, Saintes Maries de la Mer, Tarascon, Port St Louis du Rhône,
 - 83 : Tavernes, La Seyne sur mer, Toulon, Brignoles,
 - 84 : Avignon, Orange, Carpentras, Bollène
- Pour les programmes d'intervention précoce prévus ci-dessus : mise en œuvre en priorité sur les communes où les effectifs pris en compte dans le taux de pauvreté sont les plus élevés :
 - 04 : Riez,
 - 06 : Nice, Cannes,
 - 13 : Port de Bouc, Marseille, Arles,
 - 83 : La Seyne sur Mer, Toulon, Brignoles,
 - 84 : Avignon, Bollène, Orange, Carpentras.

Sauf en ce qui concerne la transmission des informations données aux familles :

 - En premier lieu sur les territoires de :
 - 13 : Marseille, Port de Bouc, Arles,
 - 83 : La Seyne sur mer, Toulon,
 - 84 : Avignon, Bollène,
 - Puis sur les autres territoires
- Pour les programmes de développement des facteurs de protection et de compétences psychosociales :
 - Marseille
- Pour les volets santé des CUCS, sites :
 - 04 : Digne, Manosque,
 - 05 : Gap,
 - 06 : Nice, Cagnes sur mer, Cannes, Carros, Drap, Grasse, St André de la Roche, St Laurent du Var, La Trinité, Valbonne, Vallauris, Vence,
 - 13 : Marseille, Arles, Martigues, Aix en Provence, Arles, Aubagne, Berre l'étang, La Ciotat, Istres, Marignane, Miramas, Port de Bouc, Port St Louis du Rhône, Salon, Septèmes les Vallons, Tarascon, Vitrolles
 - 83 : Brignoles, Draguignan, Fréjus, Hyères, Le Luc, Le Muy, St Maximin, St Raphael, La Seyne sur mer, Toulon,
 - 84 : Apt; Avignon, Carpentras, Cavillon, Bollène, L'Isle sur la Sorgue, Pertuis, Le Pontet, Sorgues

Actions attendues

Tout projet devra développer le partenariat pour associer les professionnels concernés par la thématique.

Les actions, dans une approche globale de promotion et d'éducation pour la santé, viseront :

- l'information, la sensibilisation, l'éducation des publics cibles, en privilégiant une stratégie de communication adaptée au bon passage des messages pour modifier les comportements, tout en favorisant leur participation en tant qu'acteurs et créer du lien social,
- la formation à l'accompagnement des personnes relais de ces publics cibles (personnes relais : personnes qui, à un titre ou à un autre, dans le cadre d'un exercice professionnel (médical, médicosocial, social ou autre) ou dans celui d'une activité bénévole, sont en contact avec les publics cibles).

Agir sur ce public nécessite aussi d'agir sur les parents et les professionnels autour de cette population cible dans une visée de cohérence.

Pour ces actions, les promoteurs veilleront à leur faisabilité et à leur cohérence au sein d'un même territoire de proximité sans dissocier la personne de son environnement individuel ou collectif.

Dans chacun des territoires de proximité, il sera utile de faire connaître et développer les ressources humaines et les moyens matériels nécessaires à leur mise en œuvre.

Les messages à transmettre sont ceux des plans nationaux visés dans le plan d'actions.

Observations/ Recommandations

- Certificats de santé : Il sera notamment ainsi possible de disposer d'un taux de prématurité, d'un taux d'enfants hypotrophiques à la naissance et d'un taux d'allaitement au moins par cantons regroupés, données actuellement non disponibles. Partenariat avec les CG.
- EVALMATER : Il faudra au préalable s'assurer de l'harmonisation de l'utilisation de cet outil entre les services de PMI de la Région. Partenariat avec les CG, puis avec la santé scolaire.

- Bilans de santé des enfants de 5-6 ans (bilans réalisés par l'Education nationale) :

Partenariat avec le Rectorat d'Aix-Marseille : Une convention signée avec le Rectorat en 2010 prévoit l'exploitation annuelle des données biométriques des bilans de santé de la très grande majorité des enfants de grande section de maternelle, afin de dresser une cartographie des IMC par écoles et/ou autres territoires géographiques pertinents. L'objectif est de pouvoir adapter les mesures en matière d'éducation pour la santé et plus spécifiquement les actions « nutrition » au plus près des caractéristiques des enfants et des familles concernées.

Partenariat avec le Rectorat de Nice : Engager des échanges avec le Rectorat en vue d'établir une convention similaire.

- Suivi des bilans de santé :

Le développement de coordinations petite enfance sur les territoires est particulièrement à soutenir. La PMI a un rôle majeur à jouer dans ces coordinations, de même que les services de santé scolaire pour ce qui concerne le suivi des bilans dits de 6 ans. Le lien entre PMI et Santé Scolaire doit être renforcé.

Indicateurs de suivi

- IMC des enfants de 0 à 6 ans
- Taux de couverture vaccinale
- Mortalité par accidents domestiques des enfants de 0-6ans

Objectif spécifique 3 : Réduire les effets négatifs des inégalités socio-économiques sur la santé en intervenant auprès des parents des enfants de 0 - 6 ans

- Développer les compétences parentales capables de garantir une alimentation suffisante et équilibrée et une activité physique adaptée auprès de leurs enfants de 0-6 ans.
- Prévenir les accidents de la vie courante par une sensibilisation des parents des enfants de 0 à 6 ans qui constituent la population la plus touchée par les accidents de la vie courante. Il est nécessaire d'informer les parents sur les précautions et gestes de prévention à adopter et sur la conduite à tenir en cas d'accident. (Les accidents domestiques, Les défenestrations, Les suffocations, inhalations, ingestions accidentelles, Les intoxications avec des médicaments ou produits ménagers, Les accidents de baignade ou activité nautique, Les accidents de sport et loisirs)
- Améliorer le taux de suivi des préconisations réalisées à l'issue des bilans de santé en milieu scolaire (3/4 ans et 5/6 ans) .
- Développer et renforcer le lien d'attachement parent-enfant. Sensibiliser et former le repérage du trouble du lien.
- Développer les programmes d'intervention précoce de prévention, de dépistage et de suivi des bilans de santé, pour les enfants et leur famille vivant dans un contexte de vulnérabilité en agissant sur le développement somatique , moteur, du langage, cognitif et social en lien avec les REAAP (Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents).
 - La dimension « communication » de ces programmes devra veiller à utiliser des outils simplifiés et adaptés à la transmission des informations données aux familles en diversifiant les supports.
 - Améliorer l'accès à la prévention, au dépistage et le suivi des bilans de santé : troubles du développement psychomoteur et en particulier d'apprentissage du langage, améliorer le taux de suivi des préconisations réalisées à l'issue des bilans de santé en milieu scolaire (3.5/4.5 ans et 5/6 ans) .
- Prévenir et repérer les violences intra familiales

Publics cibles

Parents d'enfants de 0-6 ans.

Territoires cibles

- Tous les territoires

- Pour le thème « alimentation suffisante et équilibrée et activité physique adaptée » seront prioritaires les communes où le taux de pauvreté infantile est élevé, en tenant compte du nombre et de la proportion d'enfants vivant dans des familles de bas revenus :

04 : Riez,

06 : Cannes, Nice,

13 : Port de Bouc, Marseille, Arles, Saintes Maries de la Mer, Tarascon, Port St Louis du Rhône,

83 : Tavernes, La Seyne sur mer, Toulon, Brignoles,

84 : Avignon, Orange, Carpentras, Bollène

- Pour les programmes d'intervention précoce prévus ci-dessus : mise en œuvre en priorité sur les communes où les effectifs pris en compte dans le taux de pauvreté sont les plus élevés :

04 : Riez,
06 : Nice, Cannes,
13 : Port de Bouc, Marseille, Arles,
83 : La Seyne sur Mer, Toulon, Brignoles,
84 : Avignon, Bollène, Orange, Carpentras.

Sauf en ce qui concerne la transmission des informations données aux familles :

- En premier lieu sur les territoires de :
13 : Marseille, Port de Bouc, Arles,
83 : La Seyne sur mer, Toulon,
84 : Avignon, Bollène,
- Puis sur les autres territoires

Actions attendues

Tout projet devra développer le partenariat pour associer les professionnels concernés par la thématique.

Les actions, dans une approche globale de promotion et d'éducation pour la santé, viseront :

- l'information, la sensibilisation, l'éducation des publics cibles, en privilégiant une stratégie de communication adaptée au bon passage des messages pour modifier le comportement alimentaire et développer une activité physique tout en favorisant leur participation en tant qu'acteurs, et créer du lien social,
- la formation à l'accompagnement des personnes relais de ces publics cibles (personnes relais : personnes qui, à un titre ou à un autre, dans le cadre d'un exercice professionnel (médical, médicosocial, social ou autre) ou dans celui d'une activité bénévole, sont en contact avec les publics cibles).

Pour ces actions, les promoteurs veilleront à leur faisabilité et à leur cohérence au sein d'un même territoire de proximité sans dissocier la personne de son environnement individuel ou collectif. Dans chacun des territoires de proximité, il sera utile de faire connaître et développer les ressources humaines et les moyens matériels nécessaires à leur mise en œuvre.

Les messages à transmettre sont ceux des plans nationaux visés dans le plan d'actions.

Observations / Recommandations

- Suivi des bilans de santé : Le développement de coordinations petite enfance sur les territoires CUCS est particulièrement à soutenir. La PMI a un rôle majeur à jouer dans ces coordinations, de même que les services de santé scolaire pour ce qui concerne le suivi des bilans dits de 6 ans.

Indicateurs de suivi

- Taux de couverture vaccinale
- IMC des enfants de 0 à 6 ans
- Mortalité par accidents domestiques des enfants de 0-6ans



www.ars.paca.sante.fr

Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur
132, boulevard de Paris - 13003 Marseille
Adresse postale : CS 50039 - 13331 Marseille cedex 03
Standard : 04 13 55 80 10

