



Introduction de la plate-forme « Assurer l'avenir de la PMI » lors de l'entrevue avec la DGS le 21 mai

Nous avons déjà énoncé un diagnostic des difficultés de la PMI et formulé des pistes-revendications pour y remédier (pétition qui a recueilli 9000 signatures¹ et document argumentaire² remis le 30 janvier à Monsieur Le Moign, Directeur de cabinet adjoint de la ministre de la Santé). La discussion s'inscrit donc dans ce cadre et non comme un échange d'état des lieux qui reprendrait les échanges à zéro. Nous attendons des premières réponses de la part du ministère à nos demandes.

Nous rappelons que l'ensemble des missions du dispositif de PMI, énoncées par le code de la santé publique, restent d'une totale actualité au regard des enjeux de santé publique pour la population des enfants, des femmes, des adolescents, des familles. La prise en compte globale et articulée du prénatal, de la santé de l'enfant et des modes d'accueil, de la santé des adolescents et plus largement de la planification familiale (PF), fait pleinement sens.

Voici les difficultés qui touchent le dispositif PMI, telles qu'énoncées dans nos précédents documents (cf. note 2) :

- très nombreux **postes vacants**, s'agissant surtout des médecins, mais aussi des puéricultrices, des sages-femmes, et pour la PF absence de statut des conseillères conjugales ;
- donc **problème crucial de la démographie des professionnels de PMI** avec les départs en retraite annoncés d'ici 2020 ;
- **périmètre de la PMI réduit** dans un nombre croissant de départements à certaines missions (protection de l'enfance, modes d'accueil, soins préventifs proposés aux seuls publics défavorisés) en délaissant le champ global de la prévention, avec une faible perception par les Conseils généraux concernés de la dimension santé de leurs missions légales ;
- **équipes de PMI dispersées**, dans un nombre croissant de départements, unité territoriale par unité territoriale, sans aucune coordination assurée en tant que service départemental de PMI ;
- **normes minimales** réglementaires de professionnels et d'activité conçues pour garantir le service au public, très diversement respectées par les Conseils généraux ;
- **financement dispositif de PMI mal assuré** par l'Etat et par l'assurance-maladie ;
- **contexte général d'offre de soins environnant en "crise"** : quelle efficacité concrète et quelle effet sur le plan déontologique pour des dépistages réalisés en PMI s'il n'y a pas de possibilité de prise en charge des enfants dépistés ?
- « **place** » de la PMI mal assurée dans le champ de la santé, avec la réforme des collectivités locales et la création des ARS, le **dispositif de PMI est mal reconnu** dans le cadre du système de santé et des réformes en cours (quasi ignoré dans le rapport Devictor sur le SPTS). Il existe donc une *énorme incertitude sur l'avenir des départements et de leurs missions*.

Quels sont les "Facteurs de réussite" pour la PMI, c'est-à-dire les facteurs nécessaires au bon déploiement du dispositif de PMI ?

* **Le dispositif permet d'apporter une réponse en terme de santé globale et de soutien à la fonction parentale** : en effet les parents qui sont soutenus à l'occasion d'accueils, de consultations, d'entretiens, de visites à domicile, d'actions collectives, sont eux-mêmes les acteurs-clés de prévention auprès de leurs enfants, par la confiance gagnée en leur propre capacité de contribuer à

¹ <http://www.assureravenirpmi.org/>

² http://www.assureravenirpmi.org/Doc/dossier_presse_mouvementPMI_30jan2014.pdf

la bonne santé et au développement de leur enfant dans tous ses milieux de vie (importance du champ des modes d'accueil) : soutien à l'allaitement, prévention de la mort inattendue du nourrisson, de l'obésité, accompagnement du développement du langage, prévention et lutte contre les négligences-carences éducatives...

* Il est donc **essentiel que l'offre clinique au sens large (médecins, puéricultrices, sages-femmes, psychologues...)** ne diminue pas, que la **pluridisciplinarité la plus large soit assurée.**

Concernant les risques liés à une raréfaction de l'offre clinique, on évoquera ici l'exemple du taux de couverture vaccinale qui baisse lorsque des consultations de PMI ne sont plus assurées (en rappelant que l'IGAS a établi qu'on retrouve parmi les meilleurs taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B dans les secteurs et départements où les services de PMI sont les plus actifs - cf. le rapport de l'IGAS sur les inégalités de santé dans l'enfance, 2011). Plus largement on peut rappeler le **rôle que joue la PMI pour faciliter l'accès aux soins.**

* Mais cette **offre clinique** repose sur la **complémentarité des compétences, pas sur une interchangeabilité des fonctions**, par ex. il y a nécessité de maintenir des consultations médicales préventives pour le dépistage et l'accompagnement de maladies chroniques (diabète, asthme, drépanocytose,...), de l'obésité, du SAF, pour le dépistage et le suivi à long terme des séquelles d'affections survenues en période périnatale...

* **Autre facteur d'une prévention efficace et éthique**, la politique et les actions de prévention ne doivent pas faire reposer la responsabilité des difficultés sur les seuls parents mais cherchent à agir vigoureusement sur les dimensions collectives qui affectent la santé et le développement, donc on soulignera la **nécessité de développer des politiques publiques portant sur les déterminants de santé** au sens large : ex du saturnisme.

* **La prévention s'appuie également sur le "métissage" entre l'approche clinique et la démarche de santé publique** : la confiance qui se construit, tant dans accompagnements individuels que collectifs est un facteur très structurant pour contribuer au succès de campagnes thématiques de prévention (obésité, accidents domestiques). Le message n'est alors pas seulement porté de façon didactique mais incarné et adapté dans relation de soins. Dans la pratique de la PMI, les programmes de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé s'appuient et s'articulent de façon vivante et interactive avec notre exercice médico-psycho-social clinique de terrain.

* **Question des réseaux et des partenariats.** La PMI est un pivot essentiel des réseaux en périnatalité et en santé petite enfance : en effet c'est un service public et un dispositif universel pérenne, donc les missions intègrent la triple dimension médicale, sociale, éducative des soins de prévention et le souci de la continuité avec les acteurs du curatif ainsi que celui des relations avec les acteurs du territoire (associations de quartier, réunions de parents (REAAP), crèches, etc.). Cf. a contrario désorganisation du système lorsqu'on assiste à des initiatives isolées d'acteurs (ex. PRADO, dispositif CNAM essentiellement dédié à produire des économies budgétaires sans réflexion sur ses effets pour l'organisation du dispositif de santé publique et a fortiori sans aucune élaboration avec les partenaires concernés).

* **Le dispositif de PMI, préventif en amont de la protection de l'enfance**, est également un "rempart" contre le débordement des situations (ex. prévention du bébé secoué...) et évite dans certains cas la transmission mal fondée d'informations préoccupantes.

Ce résumé des difficultés actuelles et des points de force du dispositif de PMI orientent vers plusieurs de nos propositions et revendications :

- Celles qui seront reprises plus spécifiquement lors des prochaines séances avec la DGS, portant sur les métiers (démographie, attractivité...), sur l'organisation du dispositif, "la gouvernance" (existence de services de PMI structurés, maintien de la "tutelle" actuelle ou identification d'une "tutelle" nouvelle selon l'évolution institutionnelle des départements, questions de financement).
- Celles qui répondent directement aux questions de définition et de mise en œuvre des missions de PMI : * la création d'une instance nationale pour la promotion et la protection de la santé

familiale et infantile qui s'approprie les questions de principe (prévention universaliste avec une attention pour des situations ou des populations spécifiques, approche globale de la santé, pluridisciplinarité, partenariats, combinaison entre approches clinique et de santé publique, ...) et qui définit des grandes orientations de santé pour les enfants-adolescents-familles, des objectifs, et qui soit aussi un cadre de mutualisation d'expériences,... Instance à créer par dépassement-refondation de l'actuel comité de la naissance et de la santé de l'enfant ? Lien à établir avec le projet de comité interministériel pour la santé dans le cadre de la stratégie nationale de santé ?

* la mise en place de services publics locaux de santé enfants-adolescents-familles (déclinaisons dans ce champ du SPTS) qui puisse élaborer des priorités locales et des modalités de coopération respectant les champs et prérogatives de chaque composante, tout en favorisant une meilleure coordination et intégration des missions et activités mises en œuvre.

* * *

Eléments de connaissance des publics fréquentant le dispositif de PMI.

Nous ne disposons pas de données nationales mais l'IGAS évaluait en 2006 que le dispositif de PMI suivait la moitié des enfants avant deux ans et une femme enceinte sur cinq (étude sur la protection maternelle et infantile, IGAS, nov. 2006).

Les enquêtes dont nous avons connaissance montrent que la dimension de mixité sociale reste notable, tout en accréditant une fréquentation majoritaire par des familles des CSP ouvriers-employés :

- Strasbourg (16% cadre sup et professions intermédiaires, 53% ouvriers-employés),
 - Sarthe (31% professions intermédiaires, 53% ouvriers-employés),
 - Toulouse (33% professions intermédiaires et cadres sup, 50% ouvriers-employés).
- Etude à Paris en 2006 repère ces trois populations : CSP ouvriers-employés des mères (59%), CSP professions intermédiaires (26,5%), CSP cadres sup (12,5%).

Cette répartition qui atteste d'une **mixité sociale réelle dans la fréquentation des structures de PMI** rejoint notre expérience empirique. A cet égard nous soulignons également la spécificité du dispositif de PMI quant à sa capacité à aller au devant des familles, et figurant parmi les seules institutions de santé à mettre en œuvre une telle approche pluriprofessionnelle auprès de la population. Nous constatons cependant le risque d'une fréquentation plus hétérogène parmi certaines franges de populations en extrême précarité. Certains pourraient percevoir ces lieux de consultations PMI comme participant à une forme de stigmatisation : lieux qui leur seraient dédiés, lieux de "repérage d'un danger" sur la base d'un usage mécanique des facteurs de risque.

C'est pourquoi, pour mieux prendre en charge les "publics les plus en difficulté", les **garanties** doivent être **renforcées** :

- afin que les **structures de PMI restent ouvertes à toutes les catégories de populations** (le ciblage des seuls groupes dits vulnérables pour les soins de prévention primaire généraliste est contre-productif) ;
- afin que les **indicateurs statistiques populationnels ne conduisent pas à l'assignation mécanique du risque aux situations individuelles** (importance de cibler dans les politiques publiques l'action directe sur les facteurs de risque et de ne pas réduire l'action de prévention à "l'éducation" des personnes en situation de précarité à s'adapter leur "environnement à risque", d'où l'importance de la formation des professionnels sur ces questions).

Cf. la notion "d'universalisme proportionné" développée par l'IGAS dans son rapport de 2011 sur les inégalités de santé dans l'enfance.

Cette **orientation générale n'obère pas la réflexion sur certaines situations spécifiques** (exemple des familles ROM ou des personnes en très grande précarité sociale notamment d'hébergement) où des mesures particulières temporaires ou plus durables doivent être prises : interventions "hors des murs" par ex. (indépendamment des VAD classiques) : bus PMI dans le 59, 91, 77 ; travail avec Médecins du Monde auprès des Roms ; travail de mise en confiance mutuelle famille-professionnels et de lutte contre les préjugés réciproques pour des publics comme ceux pris en charge par ATD Quart-Monde.

Par ailleurs la réaffirmation de modalités comme **la non sectorisation des services et structures de PMI** permet de répondre à certaines situations de grande mobilité des familles. Enfin **l'action publique résolue pour corriger des situations portant atteinte au droits de l'enfant** (cf. Convention Internationale des Droits de l'Enfant), comme la régularisation administrative du séjour et le respect du droit de vivre en famille, est également un vecteur de meilleure prise en charge de la santé des enfants et familles concernés.

Eléments de réflexion sur la réponse aux besoins et attentes des populations

"L'évaluation des besoins des populations" procède d'un **double mouvement** :
- **la prise en compte des problématiques générales**, médicales, sociales, éducatives, culturelles, anthropologiques..., **transmises de "haut en bas"** : politiques publiques, recommandations des autorités de santé, diffusions des connaissances et des recherches, alimentation des pratiques par les débats sur les enjeux dits de société... : exemples multiples comme l'obésité, le développement de l'enfant et les nouvelles technologies, la construction de l'identité sexuée et les questions d'égalité, ...

- **l'émergence de problématiques de "bas en haut"** à partir des expériences, des analyses et travaux de recherche **issus du terrain** : exemple du saturnisme infantile identifié en France à partir des travaux de deux services de PMI (Paris et Seine-Saint-Denis) cf. BEH 2008-44 et 2010-44, exemple de la surmortalité périnatale en SSD (enquêtes de 1989-92 puis travaux actuels en lien avec l'ARS et l'Inserm).

A ce double mouvement contribuent les professionnels, les chercheurs mais également les représentants des familles, en croisant les savoirs, les expériences, les représentations et les expertises.

En pratique c'est souvent une combinaison de ce double mouvement qui produit la prise de conscience de "nouveaux besoins" ou de nouvelles problématiques : ainsi l'évolution de l'expression symptomatique du mal-être chez certains enfants, sous la forme de l'agitation (les fameux "troubles du comportement") est identifiée sur le terrain à travers la demande parentale de conseils et d'accompagnement et cette évolution vient faire écho aux travaux publiés (et discutés) sur le plan scientifique.

Parmi les thématiques actuelles, et sans être exhaustif, on peut citer :

- les dimensions préventives, d'accompagnement et d'orientation, dans le cadre des pathologies chroniques (allergies, pathologies ORL et respiratoires, hémoglobinopathies, ...) et des suivis du développement (anciens prématurés, pathologies périnatales...)
- les difficultés d'exercice de la fonction parentale avec les phénomènes d'hyper responsabilisation des parents et les questionnements sur les pratiques de l'autorité, les difficultés

développementales des enfants en lien avec la surstimulation et les pressions sociales de plus en plus marquées pour les apprentissages précoces... ;

- certaines évolutions dans le domaine des relations filles-garçons, incluant la question des violences...

- des attitudes parentales d'implication, de questionnement voire parfois de mise en cause des préconisations médicales : exemple des vaccinations où les parents ont besoin de mieux comprendre les effets induits des vaccinations afin de devenir des acteurs de la prévention et non les co-auteurs d'effets non désirés. Les parents veulent s'impliquer dans les choix de santé concernant leur enfant et non seulement appliquer une règle qui peut se révéler contredite des années plus tard. Ils ont besoin qu'on leur explique les enjeux d'une santé publique, à grande échelle, qui concerne tous leurs enfants, tout en leur laissant la possibilité de prendre des décisions éclairées quand le choix se pose.

La création d'une instance nationale et la mise en place de services publics locaux de santé enfants-adolescents-familles sont au centre des réponses qui permettraient notamment de mieux appréhender les problématiques de santé des populations, leur émergence, leur évolution, ...

Exemples d'actions et de projets illustrant la vitalité du dispositif de PMI

Malgré les difficultés croissantes des services de PMI à assumer leurs missions, il existe encore de nombreuses expériences, anciennes ou récentes, dignes d'être mieux connues. Les dispositifs d'échanges, de mutualisation d'expériences, de pratiques et d'outils méritent d'être réactivés et développés (référence par exemple aux journées PMI des années 70-90, site "interventions précoces" ...).

Exemples de projets mis en œuvre par des services - équipes de PMI, qui illustrent les divers enjeux exposés à propos des « facteurs de réussite » du dispositif :

- Unité parents bébés de Gennevilliers : coopération étroite PMI-pédopsy prévention dans le soutien à la parentalité.
- Centre nantais de parentalité : consultations conjointes PMI-pédopsy.
- Groupe massage bébés pour un travail de prévention des troubles relationnels parents bébés (Rhône) .
- Recherche Préaut : implication de nombreuses équipes PMI pour l'identification de signaux précoces laissant présager un risque de syndrome de nature autistique.
- Mise en place d'ERTL 4 par coopération entre le service de PMI 54 et des orthophonistes : 51 départements sur 60 interrogés l'utilisent en 2007, cela s'inscrit fortement dans lutte contre l'inegalité de santé, car les troubles langage ne sont le plus souvent pas liés à des problématiques "dys" mais inscrites dans des phénomènes relationnels et sociaux.
- Saturnisme : PMI Paris, Bouches du Rhône et 93.
- Liaisons PMI-maternités dans de très nombreux départements avec staffs médicaux, psycho et sociaux.
- Mise en place en PACA d'un outil de déroulement du bilan de santé 3-4 ans entre médecins PMI, libéraux et hospitaliers, à l'initiative services de PMI de la région.
- Nombreuses initiatives dans les départements de consultations PMI pour le suivi préventif d'enfants en situation d'obésité, ou anciens prématurés ou atteints de maladies chroniques.
- Nombreuses initiatives dans les départements d'accueils parents-enfants dans les consultations PMI et d'actions collectives autour de la lecture, musique, jeu, éveil moteur : exemple du 59 en coopération entre PMI et modes d'accueil.

- Centre PMI spécialisé dans la prévention, l'accompagnement des morts inattendues du nourrisson et du deuil périnatal (93) .
- Instances d'accompagnement d'équipes de crèches et d'assistantes maternelles pour l'accueil d'enfant handicapés et mise en place de PAI en école maternelle (intégration scolaire).
- Actions d'éducation à la santé : bucco-dentaire, santé en voyage...
- Diverses actions de médiation interculturelle et interprétariat.
- Participation aux interventions lors de crises sanitaire : vaccination H1N1, Tuberculose à Clichy-sous-Bois (importance de la connaissance fine des populations et du tissu social local).
- Mise en place de l'IVG médicamenteuse par certains départements.

Diffuser l'information sur de telles actions ne vise pas à notre sens à labelliser des "bonnes pratiques" mais à permettre aux équipes de **construire leurs propres réponses en bénéficiant de l'apport des multiples autres expériences**. Cela peut conduire à adopter un outil déjà existant (ex. d'ERTL 4 développé par des orthophonistes en lien avec le service de PMI du 54 puis largement diffusé et repris à leur compte par de nombreux services de PMI). Cela peut aussi contribuer à s'inspirer, réajuster, inventer ses propres dispositifs de pratiques professionnelles en prenant en compte celles d'autres équipes.

Il y aurait grand intérêt, dans ce sens, à promouvoir le passage de la littérature « grise » à la littérature « blanche », avec la **publication de ces initiatives dans des revues**.

Nous soulignons aussi l'importance de **promouvoir des travaux de recherche quantitative et qualitative**, malheureusement trop rares **dans le champ de la PMI** : ex. de la recherche de Cyril Farnarier, sociologue, sur les consultations de PMI des Bouches du Rhône « *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique. Le cas des consultations de protection infantile* ».

Nous insistons tout particulièrement sur la **nécessité d'accompagner les pratiques professionnelles** (type EPP, échanges entre pairs, supervision...), ce qui est également trop rarement développé dans nos services. La question du **DPC adapté aux besoins des professionnels de PMI** sera à examiner dans le cadre des enjeux liés aux métiers.

L'impulsion de toutes ces facettes d'un dispositif visant à valoriser les expériences en PMI pourrait incomber à **l'instance nationale dont nous demandons la création**.