



Conférence de presse jeudi 6 février 2025

Dossier de presse

"Pour sauver la PMI, agissons maintenant !"¹ Vraiment !

- Entre 1995 et 2019 : – 49% de consultations PMI pour les enfants avant 6 ans (de 2,7 millions à 1,38 millions d'examen), entre 2004 et 2019 : – 36% de visites à domicile de sages-femmes PMI auprès des femmes enceintes (de 275 000 à 188 000).
- Entre 2010 et 2022 : – 38% de médecins et – 20% de psychologues en PMI, mais seulement + 7% de puéricultrices et infirmières.
- « *Au fil de l'eau, et sans un sursaut des pouvoirs publics, la poursuite des évolutions observées pourrait aboutir à une extinction de la PMI dans la majorité des départements d'ici une décennie* ». (Michèle Peyron, rapport sur la PMI, 2019).
- La feuille de route des Assises de pédiatrie et de la santé de l'enfant a prévu :

OBJECTIF 6

Renforcer les PMI

■ Réaffirmer le rôle et renforcer les moyens des PMI, notamment en soutien de la politique des 1000 premiers jours

- ▶ Définir un cadre national pour les PMI avec des objectifs de santé publique et les normes minimales d'effectifs associés, en application de la loi enfance de 2022 ;
- ▶ Valoriser les missions de santé publique des PMI en lien avec ces objectifs : une contractualisation assurance maladie-ARS-PMI renforcée en 2025 avec des crédits assurance maladie supplémentaires, une souplesse accrue au regard des réalités des territoires notamment pour mieux valoriser l'activité de puériculture ;
- ▶ Organiser un pilotage national « PMI-Santé de l'enfant et mode d'accueil », associant l'ADF, pour

piloter cette démarche nouvelle, et suivre plus globalement les priorités et objectifs des PMI, pris par arrêté, tant sur le volet sanitaire que mode d'accueil, et renforcer le dialogue territorial au niveau départemental dans le suivi opérationnel de la nouvelle contractualisation PMI ;

- ▶ Poursuivre dans d'autres départements l'expérimentation de délégation par les départements à d'autres autorités compétentes en matière d'accueil du jeune enfant notamment les CAF de leur mission d'autorisation ou d'agrément des modes d'accueil du jeune enfant, pour libérer du temps en matière de prévention pour les PMI ;
- ▶ Soutenir les missions des PMI en prévention et promotion de la santé pour la mère et le jeune enfant notamment le « aller vers ».

... mais rien n'est mis en route et la situation de la PMI continue de se dégrader !

- **Le 7 février 2025**, date anniversaire de la loi de 2022 sur la protection des enfants, **les professionnels de PMI écriront massivement au ministre de la Santé** pour rappeler leurs revendications, cf. la [pétition nationale](#) signée par 4500 d'entre eux.

¹ Titre du rapport de Michèle Peyron, députée, en 2019 : <https://solidarites.gouv.fr/rapport-de-michele-peyron-pour-sauver-la-pmi-agissons-maintenant>



Appel d'urgence au ministre de la Santé et de l'accès aux soins : revitaliser la PMI et sauvegarder la prévention en santé de l'enfant et de la famille (7 Février 2025)

En mai 2024 se sont tenues les Assises de pédiatrie et de la santé de l'enfant. Une feuille de route ministérielle issue des Assises prévoyait plusieurs chantiers pour revitaliser les services de protection maternelle et infantile alors que la dégradation continue du dispositif de PMI avait été largement documentée dans le rapport de la députée Michèle Peyron en 2019 : elle y affirmait déjà qu'« *Au fil de l'eau, et sans un sursaut des pouvoirs publics, la poursuite des évolutions observées pourrait aboutir à une extinction de la PMI dans la majorité des départements d'ici une décennie* ». Le risque est bien de voir disparaître le service public au profit d'une offre exclusivement privée en santé infantile et familiale. **Or aucune des mesures de la feuille de route ministérielle en faveur de la PMI n'a été mise en œuvre depuis lors.** Cette inertie vis-à-vis d'acteurs majeurs de prévention en santé infantile, familiale et juvénile est incompréhensible, au moment où l'on assiste à une remontée inédite de la mortalité périnatale et infantile en France, ainsi qu'à l'accroissement des inégalités en santé dès le plus jeune âge.

Nous en appelons à Yannick Neuder, ministre de la Santé et de l'accès aux soins, pour qu'il prenne sans tarder les mesures indispensables au redressement des services de PMI et de santé sexuelle. Nous lui soumettons **plusieurs propositions pour revitaliser l'ensemble des services de PMI et santé sexuelle, déjà émises lors de la préparation des Assises** par les organismes représentant les professionnel.les de PMI et de santé sexuelle réunis au sein de la plate-forme "[Assurer l'avenir de la PMI](https://assureravenirpmi.org)" :

- **des objectifs minimaux de couverture populationnelle par la PMI pour certains déjà proposés par le rapport Peyron** : 20% d'enfants bénéficiant en PMI des consultations infantiles et de visites à domicile par les puéricultrices, 90% des enfants bénéficiant d'un bilan de santé en école maternelle, 15% de femmes enceintes bénéficiant du suivi pré et post-natal, 15% des 11-25 ans bénéficiant d'une consultation annuelle de santé sexuelle, 5% d'enfants, de jeunes et de femmes enceintes bénéficiant de consultations et actions de soutien par des psychologues ;
- **des normes minimales d'effectifs suivants pour atteindre ces objectifs** : une puéricultrice pour 120 naissances, un médecin pour 350 naissances, une sage-femme pour 530 naissances, et promouvoir la place dans les services de PMI de professions précieuses pour l'offre de prévention pluriprofessionnelle, telles les psychologues, les psychomotricien.nes, les éducateur.trices de jeunes enfants, les auxiliaires de puériculture,... notamment pour soutenir les actions collectives particulièrement pertinentes en prévention ;
- **un choc d'attractivité pour les professions en PMI** : réingénierie du diplôme de puéricultrice en valorisant financièrement leur activité et en revalorisant leur grille au-delà du Ségur de la santé ; reconnaissance du statut médical des sages-femmes en revalorisant leur grille au-delà du Ségur de la santé ; création d'un cadre statutaire commun aux médecins salariés de la fonction publique (PMI-santé sexuelle, santé scolaire, centres de santé, ministères-ARS) en alignant leur grille sur celle des praticiens hospitaliers ; création d'un cadre d'emploi pour les conseiller.es conjugaux.ales dans les centres de santé sexuelle ; revalorisation des grilles salariales des autres professions des services PMI ;
- **un choc de financement pour le dispositif de PMI - santé sexuelle** : ajout à court terme de 200 M€ au financement actuel de la PMI (0,1% de la dépense nationale de santé) pour aller à moyen terme vers 500 M€ portant l'ensemble de la dépense de PMI à 1 Milliard €, en y intégrant le remboursement de l'activité des puéricultrices et des psychologues ;
- **une gouvernance partagée du dispositif de PMI - santé sexuelle** : création par voie réglementaire d'une commission nationale PMI-santé sexuelle, co-animée par la Direction Générale de la Santé et l'Assemblée des Départements de France et chargée, dans le cadre des priorités pluriannuelles de PMI prévues par le code de santé publique, de co-construire des objectifs stratégiques et opérationnels et d'animer le réseau des structures de PMI et de santé sexuelle.

Professionnel.les de PMI et de santé sexuelle, autres acteurs de santé, parents, citoyens, en cette date anniversaire de la loi de protection de l'enfant de 2022, nous soutenons ces propositions et demandons au ministre de la Santé et de l'accès aux soins de les mettre d'urgence en œuvre dans la feuille de route ministérielle issue des Assises de pédiatrie.

Analyse et propositions au sujet du rapport des Assises de pédiatrie et de la feuille de route gouvernementale qui a suivi



Communiqué du 28 mai 2024

Après les Assises de pédiatrie et de la santé de l'enfant :

Pour la PMI il y a du grain mais il faudra le moudre... et en ajouter !

Le ministre de la Santé et de la prévention, Frédéric Valletoux, a présenté la feuille de route gouvernementale 2024-2030 pédiatrie et santé de l'enfant à l'issue des Assises du 24 mai 2024.

On y lit que : *"La prévention doit être la grande ambition du système de santé pour les prochaines années. Il s'agit, dans les mentalités comme dans les pratiques, de passer d'un système français historiquement tourné vers le « tout curatif », à la mise en place d'une véritable « société de la prévention »".*

La place de la PMI est rappelée en ce sens à de nombreuses reprises et un objectif y est spécifiquement consacré : *"Réaffirmer le rôle et renforcer les moyens des PMI, notamment en soutien de la politique des 1000 premiers jours"*.

La plate-forme "Assurer l'avenir de la PMI" prend acte des mesures envisagées pour renforcer la PMI mais constate qu'elles s'affirment essentiellement sous l'angle de principes généraux, sans afficher leur déclinaison opérationnelle précise :

- Quels objectifs assigner aux services de PMI en termes de couverture populationnelle pour leurs principales activités de prévention et de suivi de la santé des femmes enceintes, des enfants, et des jeunes en santé sexuelle ? Quels effectifs de médecins, puéricultrices, sages-femmes, psychologues,... pour les mettre en œuvre ?
- Quelle pérennité trouvera le projet de *"pilotage national « PMI-Santé de l'enfant et mode d'accueil »"* associant ministère et Départements de France, sans lui poser une assise juridique précise ?
- Quelles modalités, quelle pérennité et quel montant effectif de financement complémentaire pour la PMI, au-delà de l'annonce orale par Madame Sarah El Haïri, ministre de l'Enfance, de la jeunesse et de la famille, de "40 millions d'euros par an pour la PMI", et quelles formes prendra la contractualisation avec les départements ?

La plate-forme "Assurer l'avenir de la PMI" déplore qu'aucune mesure concernant l'attractivité précise des métiers en PMI ne soit retenue, à l'instar des propositions figurant parmi les 20 mesures phares du rapport des Assises, comme *"créer un choc d'attractivité : revalorisation de toutes les prises en charge de l'enfant"* ou *"créer un nouveau statut de médecin de fonction publique"* par exemple.

La plate-forme "Assurer l'avenir de la PMI" présente ci-après son analyse plus précise des mesures de la feuille de route concernant la PMI et demande instamment à être associée à leur mise en œuvre opérationnelle urgente ainsi qu'à l'adoption de dispositions complémentaires, à même de rétablir l'attractivité des métiers en PMI indispensable pour revitaliser les services de PMI et santé sexuelle.

cf. la liste des membres de la plate-forme sur le site <https://assureravenirpmi.org>



FEUILLE DE ROUTE 2024 - 2030 PÉDIATRIE ET SANTÉ DE L'ENFANT

Extraits relatifs à la PMI

OBJECTIF 6

Renforcer les PMI

■ Réaffirmer le rôle et renforcer les moyens des PMI, notamment en soutien de la politique des 1000 premiers jours

- ▶ Définir un cadre national pour les PMI avec des objectifs de santé publique et les normes minimales d'effectifs associés, en application de la loi enfance de 2022 ;
- ▶ Valoriser les missions de santé publique des PMI en lien avec ces objectifs : une contractualisation assurance maladie-ARS-PMI renforcée en 2025 avec des crédits assurance maladie supplémentaires, une souplesse accrue au regard des réalités des territoires notamment pour mieux valoriser l'activité de puériculture ;
- ▶ Organiser un pilotage national « PMI-Santé de l'enfant et mode d'accueil », associant l'ADF, pour

piloter cette démarche nouvelle, et suivre plus globalement les priorités et objectifs des PMI, pris par arrêté, tant sur le volet sanitaire que mode d'accueil, et renforcer le dialogue territorial au niveau départemental dans le suivi opérationnel de la nouvelle contractualisation PMI ;

▶ Poursuivre dans d'autres départements l'expérimentation de délégation par les départements à d'autres autorités compétentes en matière d'accueil du jeune enfant notamment les CAF de leur mission d'autorisation ou d'agrément des modes d'accueil du jeunes enfants, pour libérer du temps en matière de prévention pour les PMI ;

▶ Soutenir les missions des PMI en prévention et promotion de la santé pour la mère et le jeune enfant notamment le « aller vers ».

Commentaires point par point

▶ Définir un cadre national pour les PMI avec des objectifs de santé publique et les normes minimales d'effectifs associés, en application de la loi enfance de 2022 ;

Commentaire

Cet objectif est potentiellement favorable : il s'agit du décret à prendre en application de la loi Taquet 2022, qui doit définir les objectifs de couverture

populationnelle pour certaines activités de PMI et les effectifs nécessaires pour y parvenir. **Tout dépendra de l'arbitrage qui sera rendu sur ces taux et normes**. Pour rappel le rapport des Assises avait repris notre proposition :

- Les normes proposées dans l'écrit (au regard des effectifs figurant à l'article DREES, 2022) devraient également se décliner par nombre de naissances pour préfigurer le décret prévu en application de l'article 32 de la loi du 7 février 2022 relative à la protection de l'enfant :
 - 2150 médecins contre 1680 en 2019 (+ 470 ETP), pour atteindre un médecin pour 350 naissances ;
 - 6300 IPDE vs. 4520 en 2019 (+ 1780 ETP), pour atteindre une puéricultrice pour 120 naissances ;
 - 1400 sages-femmes contre 1100 en 2019 (+ 300 ETP), pour atteindre une sage-femme pour 530 naissances ;
 - auxquelles il est nécessaire d'ajouter 750 psychologues contre 380 en 2019 (+ 370 ETP), pour atteindre un psychologue pour 1000 naissances ;

Nous demandons d'être associés aux échanges entre le ministère et les Départements de France (DF) préalables à la publication du décret.

► Valoriser les missions de santé publique des PMI en lien avec ces objectifs : une contractualisation assurance maladie-ARS-PMI renforcée en 2025 avec des crédits assurance maladie supplémentaires, une souplesse accrue au regard des réalités des territoires notamment pour mieux valoriser l'activité de puériculture ;

comme dépense nationale de PMI en 2019. Donc une augmentation somme toute modeste du budget PMI de 10%. **Tout dépendra de l'accord obtenu par le ministère avec les DF sur ce montant et cette modalité de financement** complémentaire liée aux objectifs de santé publique définis par le décret normes **et des négociations ARS-CPAM-CD dans chaque département**. À noter la référence à "mieux valoriser l'activité de puériculture", dont il faudra préciser le mécanisme retenu, mais qui ne saurait être soumis à des variations "au regard des réalités des territoires".

Nous demandons d'être associés aux échanges entre le ministère et les DF sur le niveau et les modalités de financement complémentaires qui devront pouvoir être intégrées au PLFSS 2025.

► Organiser un pilotage national « PMI-Santé de l'enfant et mode d'accueil », associant l'ADF, pour piloter cette démarche nouvelle, et suivre plus globalement les priorités et objectifs des PMI, pris par arrêté, tant sur le volet sanitaire que mode d'accueil, et renforcer le dialogue territorial au niveau départemental dans le suivi opérationnel de la nouvelle contractualisation PMI ;

Nous demandons d'être associés à la concertation concernant la mise en place de cette instance de pilotage national de la PMI.

► Poursuivre dans d'autres départements l'expérimentation de délégation par les départements à d'autres autorités compétentes en matière d'accueil du jeune enfant notamment les CAF de leur mission d'autorisation ou d'agrément des modes d'accueil du jeunes enfants, pour libérer du temps en matière de prévention pour les PMI ;

https://assureravenirpmi.org/IMG/pdf/modes_accueil__role_pmi_assureravenirpmi_2oct2019-2.pdf

Il serait indispensable de tirer le bilan des expérimentations en cours avant de les élargir à d'autres départements.

► Soutenir les missions des PMI en prévention et promotion de la santé pour la mère et le jeune enfant notamment le « aller vers ».

Commentaire

Cet objectif est potentiellement favorable : La ministre de l'Enfance a annoncé lors des Assises une dotation de 40 millions d'euros par an sur 2025-2027 sur la base de ces contractualisations. Cela serait à comparer aux 400-450 millions d'euros annuels calculés par le rapport Peyron

Commentaire :

Cet objectif est potentiellement favorable : cela répond à notre demande d'instance nationale de pilotage de la PMI. **Tout dépendra du degré d'officialisation réglementaire de cette instance.**

Commentaire :

Cet objectif est sujet à discussion : Cf. notre document sur le sujet de la PMI et des modes d'accueil, lors de notre audition par l'IGAS en octobre 2019 :

Commentaire :

Cet objectif est général et demande à être précisé dans ses modalités et les moyens qui y seront dédiés.

Commentaire complémentaire

Ne sont pas traitées dans cette feuille de route les mesures d'attractivité professionnelle pour tous les métiers en PMI (salaires, statuts, formation...). Par contre la situation plus générale des puéricultrices est abordée dans les objectifs de formation des professionnels, et une revalorisation des psychologues exerçant en établissements de santé est prévue (quels en seront les effets pour les professionnels exerçant ces métiers en PMI ?) :

■ **Intégration de compétences en pratique avancée en «santé des enfants» dans l'évolution de la spécialité de puéricultrice pour une première rentrée en scolarité en septembre 2027 au plus tard**

Un groupe de travail associant les représentants de la profession permettra de définir les compétences associées, en partant du socle des infirmières puéricultrices et en l'enrichissant. Des adaptations aux textes actuels de la pratique avancée des infirmiers permettront de garantir deux années de formation consacrées à la santé de l'enfant.

Le groupe proposera aussi une réflexion sur les conditions d'exercice des futures puéricultrices en Pratique Avancée en « santé des enfants » dans des structures de premier recours, en ville, y compris dans un cadre d'exercice libéral, en veillant à l'enjeu de la juste répartition des ressources avec les établissements de santé, les établissements et services d'accueil du jeune enfant, les services de PMI et de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Une revalorisation de l'exercice des psychologues en établissements publics sera donc négociée afin de renforcer l'attractivité de l'exercice hospitalier et crédibiliser la trajectoire de recrutement envisagée.

Nous demandons le réexamen de mesures rétablissant l'attractivité des métiers de PMI dans le cadre du comité de suivi des Assises, rejoignant les propositions du rapport des Assises, notamment :

- **Améliorer l'attractivité des métiers qui interviennent au cours des 1000 premiers jours.**
 - **Création d'un statut de médecin de fonction publique commun aux Maisons des 1000 jours et de l'Enfant / à la Santé scolaire / aux Centres de santé publics / à l'hôpital.**
Afin de permettre un exercice public territorialisé et possiblement mixte (public/privé) et partagé (au sein des fonctions publiques), accompagné d'une **revalorisation** et d'une **harmonisation de la grille des salaires ville/hôpital/prévention/médecine scolaire sur la grille de praticien hospitalier.**
 - **Reconnaissance des compétences des IPDE** avec une augmentation de leur implication dans de nombreuses missions (examens de routine, accompagnement, dépistage, orientation...).
 - **Implication renforcée des sages-femmes** auprès des femmes, des mères ou des adolescents.

Propositions complétées dans le rapport des Assises par les pilotes de l'axe prévention :

- **La revalorisation et les objectifs d'effectifs pour les médecins, sages-femmes, infirmières puéricultrices** devra inclure les psychologues exerçant en PMI, ainsi que les psychomotriciens, dont certains services se sont dotés plus récemment, et qui jouent un rôle fondamental à l'heure de l'explosion des difficultés psychologiques et de développement ;

Ne figurent pas non plus dans cette feuille de route des mesures concernant les centres de santé sexuelle alors que le rapport des Assises mentionnait leur contribution pour généraliser des sessions d'éducation à la vie affective et sexuelle à l'école. **Nous maintiendrons nos demandes pour ces centres de santé sexuelle².**

² notamment que 15% des 11-25 ans bénéficient d'une consultation annuelle de santé sexuelle et l'obtention d'un statut pour les conseillères conjugales

7 mai 2024

Premières analyses du rapport des Assises de pédiatrie et de la santé de l'enfant, pour les mesures concernant la PMI et les centres de santé sexuelle

Voici les principales propositions du rapport relatives à la PMI et aux centres de santé sexuelle :

1)

- **Mailler le territoire de « Maisons des 1000 jours et de l'enfant ».**
 - **Faire évoluer les PMI en « Maisons des 1000 jours et de l'enfant », dont les moyens seront renforcés afin d'y garantir :**
 - Du temps médical et paramédical, avec pour besoins estimés :
 - 2150 médecins contre 1700 actuellement (+ 450 ETP) ;
 - 6300 IPDE vs. 4500 actuellement (+ 1800 ETP) ;
 - 1400 sages-femmes contre 1100 actuellement (+ 300 ETP) ;
 - Un exercice pluri-professionnel coordonné ;
 - Une pratique plus développée de l'aller-vers.

Commentaires :

- **Concernant le changement d'appellation de la PMI proposé par le rapport des Assises**, en "maisons des 1000 jours et de l'enfant", nous pouvons y souscrire à condition que ces structures restent bien dans le giron des services départementaux en tant que service public de promotion de la santé infantile et familiale. D'autre part nous proposerons de préciser cette nouvelle dénomination de la façon suivante : "maisons des 1000 jours et de la santé de l'enfant - PMI" (PMI pour *prévention maternelle et infantile*) afin que le sigle PMI, bien connu des familles, contribue à bien identifier ces services départementaux de santé publique sans risquer d'exclure abruptement toutes les missions actuelles de la PMI qui s'étendent jusqu'à l'âge de 6 ans.

- **Concernant les besoins estimés en ETP médecins, puéricultrices et sages-femmes**, ils rejoignent nos propositions, et gagneraient à être exprimés en fonction du nombre de naissances pour contribuer à la formulation du décret attendu en application de la loi Taquet de février 2022. Cela figure d'ailleurs dans le rapport dans le cadre des points de vigilance des pilotes de l'axe 4, page 97 :

→ Les normes proposées dans l'écrit (au regard des effectifs figurant à l'article DREES 2022) devraient également se décliner par nombre de naissances pour préfigurer le décret prévu en application de l'article 32 de la loi du 7 février 2022 relative à la protection de l'enfant :

- 2150 médecins contre 1680 en 2019 (+ 470 ETP), pour atteindre un médecin pour 350 naissances ;
- 6300 IPDE vs. 4520 en 2019 (+ 1780 ETP), pour atteindre une puéricultrice pour 120 naissances ;
- 1400 sages-femmes contre 1100 en 2019 (+ 300 ETP), pour atteindre une sage-femme pour 530 naissances ;
- auxquelles il est nécessaire d'ajouter 750 psychologues contre 380 en 2019 (+ 370 ETP), pour atteindre un psychologue pour 1000 naissances ;

De même que ces normes d'effectifs nécessaires devraient être corrélés aux taux de couverture minimales attendues pour plusieurs activités, reprenant notamment les propositions du rapport Peyron : 20% d'enfants bénéficiant en PMI des consultations infantiles et de visites à domicile par les puéricultrices, 90% des enfants bénéficiant d'un bilan de santé en école maternelle,

15% de femmes enceintes bénéficiant du suivi pré et post-natal, 15% des 11-25 ans bénéficiant d'une consultation annuelle de santé sexuelle

2)

- **Proposition de financement par dotation populationnelle adaptée au nombre d'enfants par territoire et à leurs indicateurs de vulnérabilité.**

Commentaires :

Nous avons nous-mêmes soumis dans notre contribution de nov. 2018 au rapport Peyron une proposition de modalités de financement de la PMI articulant logiques de parcours, d'actes et de forfait : les départements se verraient dotés d'un financement dédié par le ministère de la santé (via les ARS + financements CPAM) en fonction de la façon dont ils se situent par rapport à la couverture populationnelle attendue. Il s'agirait d'un "forfait prévention" pour chaque enfant ou chaque femme enceinte suivie. Ce forfait serait d'une part indexé sur le taux de couverture atteint par le département pour l'activité socle opposable considérée, et il serait d'autre part affecté d'un coefficient variant selon l'offre qualitative de service proposée par le département : niveau 1 si le département offre un suivi pluriprofessionnel minimum (médecin, puéricultrice, sage-femme, conseillère conjugale et familiale), niveau 2 si le département adjoint des psychologues et des psychomotriciens à cette équipe de base, niveau 3 si le suivi pluriprofessionnel inclut également une ou plusieurs professions telles les éducateurs de jeunes enfants, auxiliaires de puériculture, orthophonistes...

Ceci pour atteindre à court terme un ajout de 200 M€ au financement actuel de la PMI (0,1% de la dépense nationale de santé) et pour aller à moyen terme vers 500 M€ portant l'ensemble de la dépense de PMI à 1 Milliard €, en y intégrant le remboursement de l'activité des puéricultrices et des psychologues.

3)

- **Améliorer l'attractivité des métiers qui interviennent au cours des 1000 premiers jours.**
 - **Création d'un statut de médecin de fonction publique commun aux Maisons des 1000 jours et de l'Enfant / à la Santé scolaire / aux Centres de santé publics / à l'hôpital.**
Afin de permettre un exercice public territorialisé et possiblement mixte (public/privé) et partagé (au sein des fonctions publiques), accompagné d'une revalorisation et d'une harmonisation de la grille des salaires ville/hôpital/prévention/médecine scolaire sur la grille de praticien hospitalier.
 - **Reconnaissance des compétences des IPDE** avec une augmentation de leur implication dans de nombreuses missions (examens de routine, accompagnement, dépistage, orientation...).
 - **Implication renforcée des sages-femmes** auprès des femmes, des mères ou des adolescents.

Commentaires :

- Nous rejoignons et soutenons la proposition de création d'un statut de médecin commun aux exercices publics revalorisé sur la grille de praticien hospitalier, condition majeure d'attractivité pour le recrutement de médecins, à la fois du point de vue des passerelles rendues possibles entre divers exercices et du niveau de rémunération.

- La reconnaissance des compétences des IPDE devrait se traduire par la réingénierie de leur diplôme à bac + 5, en valorisant financièrement leur activité et en revalorisant leur grille au-delà du Ségur de la santé.

- **La traduction de l'implication renforcée des sages-femmes** devrait se concrétiser par la **reconnaissance de leur statut médical** en revalorisant leur grille au-delà du Ségur de la santé, en augmentant le nombre de professionnelles, en facilitant l'aller-vers par une dotation en véhicules, en diffusant une information à la population sur l'existence des sages-femmes de PMI.

- **À ces mesures d'attractivité devraient s'ajouter** la création d'un cadre d'emploi pour les conseillers conjugaux dans les centres de santé sexuelle et la revalorisation des grilles salariales des autres professions des services PMI (psychologues, auxiliaires de puériculture, éducatrices-teurs de jeunes enfants,...).

- 4) • **Intégrer les Maisons des 1000 jours et de l'enfant dans le périmètre des Schémas départementaux des services aux familles coprésidés par le Préfet.**

Commentaires :

- Cette proposition ne permet pas de répondre aux enjeux de **gouvernance partagée de la PMI**, les principaux acteurs en étant au plan national le ministère de la santé et les Départements de France, au plan local chaque département et l'ARS, intégrant la participation de la CNAMTS et des CPAM. Les services aux familles concernent les modes d'accueil du jeune enfant et le soutien à la parentalité (Art. L. 214-1 du CASF) qui sont loin de résumer l'ensemble des missions des services de PMI.

Une véritable **gouvernance partagée du dispositif de PMI - santé sexuelle passerait par la création par voie réglementaire d'une commission nationale PMI-santé sexuelle**, co-animée par la Direction Générale de la Santé et les Départements de France et chargée, dans le cadre des priorités pluriannuelles de PMI prévues par le code de santé publique, de co-construire des objectifs stratégiques et opérationnels et d'animer le réseau des structures de PMI et de santé sexuelle.

En ce sens nous rejoignons le point de vigilance suivant exposé dans le rapport par les pilotes de l'axe 4 :

- **Il faut rappeler l'importance d'un pilotage national PMI reposant sur une assise réglementaire renforcée**, garant à la fois d'une ambition pour la santé des enfants, des liens avec l'ambulatoire (pédiatrie et médecine générale), l'hospitalier, la santé mentale et développementale, et de l'équité entre les territoires :

5)

NDA : La demande exprimée de manière consensuelle étant de favoriser le lien PMI/Médecine scolaire, le projet de transformation des PMI en « Maison des 1000 jours et de l'enfant » serait à terme de disposer d'équipes partagées avec la santé scolaire permettant de mieux articuler la prise en charge des 3-6 ans au sein établissements scolaires. La coordination pour cette classe d'âge serait confiée en priorité aux médecins scolaires avec des logiciels métiers communs, l'accès au carnet de santé numérique indispensable et la possibilité de soins curatifs ponctuels. Ainsi, il n'est pas question de cesser brutalement l'accueil des 3-6 ans à court terme mais bien de se donner les moyens de les voir plus nombreux et dans de meilleures conditions sur leur lieu de scolarisation quand la mise en œuvre de cette réforme aura permis une réorganisation de l'ensemble de leur parcours de santé entre 3 et 6 ans. La possibilité de postes médicaux partagés hôpital/Maison des 1000 jours ou hôpital/médecine scolaire est également très forte.

Commentaires :

- Cette proposition nous paraît comporter des ambiguïtés : la petite enfance et les particularités développementales et de santé du jeune enfant justifient de travailler dans un continuum de prise en charge préventive de la conception aux 6 ans de l'enfant. Envisager la poursuite du suivi de santé de l'enfant après 3 ans uniquement dans le cadre du bilan de santé à l'école maternelle serait réducteur. Concernant précisément ce bilan, la perspective de le confier à la santé scolaire ne nous paraît ni pertinent ni réaliste, alors qu'il est effectué depuis plus de 30 ans par les professionnels de PMI (médecins et/ou puéricultrices selon des

modalités adaptées à leurs compétences respectives) : ni pertinent car cette expertise acquise de longue date par les équipes de PMI ne doit pas être dilapidée et parce que ce bilan peut s'inscrire dans le cadre d'un suivi plus longitudinal par la PMI ; ni réaliste car l'état de la santé scolaire à l'école maternelle est encore plus dégradé que celui des équipes PMI.

Nous rejoignons à cet égard les observations des pilotes de l'axe 4, figurant à la page 97 du rapport :

- **Il faut dissiper l'ambiguïté sur l'acteur impliqué dans la réalisation des bilans de 4 ans en école maternelle :**
 - La coordination par le médecin scolaire ne présente pas de plus-value à 4 ans et serait une erreur stratégique à court terme avec une santé scolaire en souffrance ;
 - Les deux bilans de 4 et 6 ans utilisent des outils et méthodes diagnostiques ou de repérage différents, pour des objectifs qui ne sont pas superposables, car liés à des âges de maturation bien distincts, mais tout aussi indispensables pour éviter les pertes de chance chez l'enfant ;
 - Les médecins PMI et les infirmières puéricultrices maîtrisent la technicité de l'examen à 4 ans, réalisé à 80%, et qui fait actuellement l'objet d'un projet de protocole de coopération, pour élargir encore les actes réalisables par ces dernières ; l'attention doit se porter sur un deuxième niveau de consultation médicale PMI si nécessaire, et un suivi post-orientations pour aider les parents les plus en difficultés ;
 - Choisir, faute de proposer un examen à deux niveaux à 6 ans (infirmier puis médical si nécessaire), entre les deux examens de 4 et 6 ans comme le suggère le rapport de l'IGAS 2023 serait particulièrement risqué :
 - Médecine générale et pédiatrie ambulatoire surchargés ;
 - Absence de toute consultation médicale annuelle (MG-Pédiatre- PMI) chez plus d'un enfant de 3-6 ans sur 20 (rapport « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, propositions de l'AM pour 2023 -p178) ;
 - Absence d'examen de prévention pour un bien plus grand nombre, comme le montre l'examen des carnets de santé ;
 - Cette absence de suivi est un facteur connu de majoration des consultations aux urgences pédiatriques ;
 - La priorité pour la médecine scolaire est de maintenir un examen au moins infirmier à 6 ans ;
 - La rencontre avec la famille, si possible par le médecin, à l'un des deux âges est une prévention des violences ; elle offre une guidance parentale pour les exigences scolaires, ce qui permettra à l'enfant d'être aussi dans une dynamique scolaire et de réussite avec les possibilités cognitives dont il dispose ;
 - La recherche d'articulations optimales entre PMI et Santé scolaire devra être expertisée selon les différentes configurations, notamment en cas de départementalisation expérimentale du services de santé scolaire ;

Les pilotes de l'axe 4 ajoutent dans le rapport page 98 que :

- **La notion d' "équipe ayant une activité possiblement partagée entre maison des 1000 jours et de la santé de l'enfant, santé scolaire, CMS, hôpital " peut être source de confusion :** si le statut commun public est une avancée pour favoriser l'attractivité des carrières dans les divers secteurs et permettre des exercices partagés pour les individus qui le souhaitent, il est nécessaire de maintenir des équipes spécifiques en PMI (demain "maison des 1000 jours et de la santé de l'enfant"), en santé scolaire, et en centres de santé... pour préserver les missions propres de ces secteurs d'activité et leur cohérence ;
- 6)
- **Mieux suivre l'activité des Maisons des 1000 jours et de l'enfant pour améliorer les connaissances** sur l'état de santé des enfants suivis via une incitation à la saisie d'informations et l'interopérabilité des systèmes d'information.

Commentaires :

Au-delà de l'activité, ce qui serait utile est le recueil continu des données de santé (notamment exploitation des certificats de santé) et le recueil ponctuel de données de santé à partir d'enquêtes limitées dans le temps.

7)

- **Rendre effectives et régulières pour tous les 3 sessions d'éducation à la vie affective et sexuelle à l'école, en élargissant la listes des métiers intervenants** (Sage-femmes, IPDE, centres de santé sexuelle départementaux...), tel que prévu par la loi du 4 juillet 2001.

Commentaires :

Nous souscrivons à cette proposition et insistons sur l'expérience de longue date des professionnel.les des centres de santé sexuelle (médecins, conseillères conjugales et familiales, sages-femmes, infirmières...) dans le domaine d'interventions en milieu scolaire en lien avec les infirmières scolaires et les enseignants. L'implantation des centres de santé sexuelle est très inégale sur le territoire et leurs moyens doivent être notablement renforcés. La création d'un cadre d'emploi pour les conseillères conjugales et familiales est notamment un élément déterminant pour développer l'implication des centres de santé sexuelle dans la généralisation des sessions d'éducation à la vie affective et sexuelle à l'école.

Argumentaire en faveur de taux minimum de couverture populationnelle en PMI et en faveur de normes minimales d'effectif de professionnels pour assurer ces taux de couverture

Taux de couverture pour le suivi des enfants et le suivi de grossesse :

- Considérant que la PMI est ouverte à toutes les familles, sur la base d'un principe d'universalisme proportionné
- Considérant que 20% des enfants et 15% des femmes vivent actuellement en France sous le seuil de pauvreté
- Considérant que la PMI doit pouvoir accueillir ces 20% d'enfants de moins de 6 ans et ces 15% des femmes enceintes, dont les familles souffrent de difficultés particulièrement marquées dans l'accès aux soins, mais qu'elle ne saurait exclure de ses activités d'autres enfants et femmes enceintes
- Considérant que le service rendu doit consister en un suivi de la santé et du développement de l'enfant et en un suivi de grossesse de la femme enceinte et non en une intervention ponctuelle :
 - * pour les enfants réalisation du calendrier des examens obligatoires de santé entre la naissance et 6 ans, réalisation de visites à domicile permettant d'assurer une continuité de l'action préventive auprès des familles concernées, accompagnement spécifique de ceux révélant des dimensions de souffrance psychique, de difficultés développementales potentiellement sévères
 - * pour les femmes enceintes réalisation d'une part du calendrier des examens obligatoires de suivi de la grossesse, d'autre part de visites à domicile auprès des femmes qui le nécessitent
- Considérant que les soins préventifs auprès des enfants sont par ailleurs mal assurés du fait de la désertification pédiatrique sur de nombreux territoires et de la désertification médicale généraliste également, de même que le suivi des femmes enceintes souffre également de carences par les services hospitaliers d'obstétrique et dans bien des territoires de la désertification médicale

Nous proposons les objectifs de couverture populationnelle suivants par la PMI :

- un **objectif minimal de 20% d'enfants bénéficiant en PMI des consultations infantiles pour au moins 12 des examens obligatoires jusqu'à 6 ans et un objectif minimal de 20% d'enfants bénéficiant d'au moins deux visites à domicile par les puéricultrices** (*taux correspondant aux préconisations du rapport Peyron - 2019 et retenus par le groupe de travail piloté par la DGS relatif au projet de décret en application de l'art. L2112-4 du CSP - juillet 2022*) ;
- un **objectif minimal de 90% des enfants bénéficiant d'un bilan de santé en école maternelle** (*idem rapport Peyron et groupe de travail ministériel*) ;
- un **objectif minimal de 5% d'enfants, de jeunes et de femmes enceintes bénéficiant de consultations et actions de soutien par des psychologues** (15% de ceux accueillis en PMI) ; un **objectif minimal de 3% de jeunes enfants bénéficiant d'un accompagnement par des psychomotriciens** (10% de ceux accueillis en PMI).

- un objectif minimal de 15% de femmes enceintes bénéficiant de l'EPP et de 3 consultations obligatoires prénatales, ainsi que de l'EPN et de la consultation obligatoire postnatale (*idem* groupe de travail ministériel)

Taux de couverture pour le suivi en santé sexuelle :

- Considérant que la stratégie nationale de santé sexuelle préconise le suivi annuel de toutes les jeunes femmes de 15 à 25 ans ainsi que celui de tous les jeunes hommes de 15 à 30 ans, ainsi que le dépistage annuel des infections à chlamydiae et gonocoques
- Considérant que la prévention et l'accompagnement en santé sexuelle, autour des objectifs d'accès à la contraception, à l'IVG, de promotion de la santé sexuelle, de lutte contre les IST, de lutte contre les violences conjugales... souffre également d'une insuffisance d'offre de service et de désertification médicale dans de nombreux territoires
- Considérant ici encore qu'environ 15% des adultes vivent en France sous le seuil de pauvreté et que l'approche d'universalisme proportionné évoquée ci-dessus pour le suivi des enfants et des femmes enceintes implique les mêmes conséquences pour l'offre de consultation en santé sexuelle
- Considérant que les jeunes de 11 à 21 ans pris en charge par l'ASE constituent un public particulièrement vulnérable et à risque en terme de santé sexuelle

Nous proposons les objectifs de couverture populationnelle suivants en santé sexuelle :

- un objectif minimal de 15% des 11-25 ans bénéficiant d'une consultation annuelle de santé sexuelle et un objectif minimal de 70% des jeunes de 11-21 ans bénéficiaires d'une mesure de protection de l'enfance bénéficiant d'une consultation annuelle de santé sexuelle (*taux retenus par le groupe de travail piloté par la DGS relatif au projet de décret en application de l'art. L2112-4 du CSP - juillet 2022*).

Normes minimales d'effectif de professionnels pour assurer ces taux de couverture :

**** Puéricultrices :***

Taux actuel réel (DREES 2019) : 1 puéricultrice pour 166 naissances

Taux en 2010 (DREES) : 1 pour 198 naissances

Calculs pour remplir les missions auprès des enfants selon les taux de couverture populationnelle attendus **et** selon les dispositions de la loi du 7 février 2022 qui renvoie à toutes les missions visées à l'article L2112-4 du CSP³ (incluant, outre consultations, bilans de santé et visites à domicile, la protection de l'enfance et la formation des assistantes maternelles).

Activités prises en compte :

- Consultations conjointes puéricultrices-médecin dans le cadre du suivi obligatoire des enfants de 0 à 6 ans
- Consultations de puéricultrices

³ "Les activités mentionnées aux articles L. 2112-2 et L. 2112-3 sont gérées soit directement, soit par voie de convention avec d'autres collectivités publiques ou des personnes morales de droit privé à but non lucratif ; elles sont organisées sur une base territoriale en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population, selon des normes minimales d'effectifs fixées par voie réglementaire ainsi que dans le respect d'objectifs nationaux de santé publique fixés par voie réglementaire et visant à garantir un niveau minimal de réponse à ces besoins (...)"

- Visites à domicile de prévention (hors IP)
- Bilans de santé en école maternelle par délégation
- Formation des assistantes maternelles
- Missions dans le cadre de la protection de l'enfance
- Mission de liaison
- Missions d'administration des centres de consultations PMI

Le calcul basé sur 750 000 naissances aboutit à l'**objectif d'une norme de 1 puéricultrice pour 120 naissances qui s'inscrirait dans une progression en ligne avec celle observée entre 2010 et 2019** (cf. pour les détails du calcul le document annexé à la contribution de la plate-forme).

*** Médecins :**

Taux actuel réel (DREES 2019) : 1 médecin PMI pour 446 naissances (sur la base 753 000 naissances)

Taux en 2010 (DREES) : 1 pour 374 naissances (sur la base 828 000 naissances)

Calculs pour remplir les missions auprès des enfants et femmes selon les taux de couverture populationnelle attendus **et** selon les dispositions de la loi du 7 février 2022.

Activités prises en compte :

- Consultations dans le cadre du suivi obligatoire des enfants de 0 à 6 ans incluant des consultations longues liées aux certificats de santé (9^e et 24^e mois) et de suivi pour des situations complexes
- Participation à la mission bilans de santé en école maternelle incluant temps de coordination avec les puéricultrices, suites des bilans de santé en école maternelle pour 20% des enfants vus en BSEM et constitution des dossiers MDPH
- Participation aux missions de prévention santé en protection de l'enfance incluant bilan d'entrée + bilan annuel prévus par les textes, suivi préventif de santé des enfants confiés à l'ASE et temps de concertation pluridisciplinaire en protection de l'enfance
- Consultations de suivi de grossesse et consultations de santé sexuelle
- Mise à jour obligatoire des connaissances
- Conception et mise en œuvre de programmes de santé publique, d'actions collectives de terrain en prévention
- Direction des services de PMI

Le calcul basé sur 750 000 naissances aboutit à l'**objectif d'une norme de 1 médecin pour 350 naissances, proche de celle qui était effective en 2010 (1 pour 374)** (cf. pour les détails du calcul le document annexé à la contribution de la plate-forme).

*** Sages-femmes :**

Taux actuel réel (DREES 2019) : 1 sage-femme pour 682 naissances

Taux en 2010 (DREES) : 1 pour 845 naissances

Calculs pour remplir les missions auprès des femmes selon les taux de couverture populationnelle attendus.

Activités prises en compte :

- Consultations suivi de grossesses en centres de PMI



- Visite à domicile
- Consultations en santé sexuelle + interventions collectives en santé sexuelle

Le calcul basé sur 750 000 naissances aboutit à l'**objectif d'une norme de 1 sage-femme pour 530 naissances qui s'inscrirait dans une progression en ligne avec celle observée entre 2010 et 2019** (cf. pour les détails du calcul le document annexé à la contribution de la plate-forme).

Ces normes minimales d'effectifs de professionnels en PMI (concernant les puéricultrices, les médecins, les sages-femmes) ont été retenues dans le rapport final des Assises de pédiatrie et de la santé de l'enfant qui y a ajouté une norme d'effectifs supplémentaire concernant les psychologues de PMI, à savoir 1 psychologue pour 1000 naissances.

- **Faire évoluer les PMI en « Maisons des 1000 jours et de l'enfant », dont les moyens seront renforcés** afin d'y garantir :
 - Du temps médical et paramédical, avec pour besoins estimés :
 - 2150 médecins contre 1700 actuellement (+ 450 ETP) ;
 - 6300 IPDE vs. 4500 actuellement (+ 1800 ETP) ;
 - 1400 sages-femmes contre 1100 actuellement (+ 300 ETP) ;

et de préciser dans le cadre des points de vigilance des pilotes de l'axe 4 :

- Les normes proposées dans l'écrit (au regard des effectifs figurant à l'article DREES 2022) devraient également se décliner par nombre de naissances pour préfigurer le décret prévu en application de l'article 32 de la loi du 7 février 2022 relative à la protection de l'enfant :
- 2150 médecins contre 1680 en 2019 (+ 470 ETP), pour atteindre un médecin pour 350 naissances ;
 - 6300 IPDE vs. 4520 en 2019 (+ 1780 ETP), pour atteindre une puéricultrice pour 120 naissances ;
 - 1400 sages-femmes contre 1100 en 2019 (+ 300 ETP), pour atteindre une sage-femme pour 530 naissances ;
 - auxquelles il est nécessaire d'ajouter 750 psychologues contre 380 en 2019 (+ 370 ETP), pour atteindre un psychologue pour 1000 naissances ;

Situation actuelle du dispositif de PMI et de santé sexuelle



Actualités du dispositif de PMI et de santé sexuelle (janv. 2025)

La Protection Maternelle et Infantile est un dispositif à la fois de prévention et de promotion de la santé individuelle et développe aussi, depuis son origine, toute une stratégie de santé publique collective⁴ en direction des femmes enceintes, des nourrissons et des enfants de moins de 6 ans.

Un récent rapport concernant la situation de la PMI (Michèle Peyron - 2019⁵) a révélé les difficultés actuelles du dispositif, parmi lesquelles :

- l'absence de stratégie nationale de santé publique pour la PMI,
- les missions primaires de prévention et de promotion de la santé régulièrement mises au second plan derrière celles de protection de l'enfance,
- l'absence de pilotage et de portage partagés entre ministère et départements,
- l'insuffisance de moyens financiers et humains se traduisant par une dégradation de l'offre de services de la PMI.

Quels sont les atouts de la PMI ?

→ **Une histoire, une culture, une législation et des pratiques** qui persistent en dépit des difficultés, fondant une expérience originale de promotion de la santé "entre clinique du sujet et politique publique"⁶, où il s'agit de construire la « juste » alchimie entre une attention préventive ajustée à la singularité et à la créativité développementales de chaque enfant et de sa famille, et la mise en œuvre de politiques publiques normatives ayant vocation à promouvoir et protéger la santé individuelle et collective. Tout ceci en s'appuyant sur quelques principes d'action : l'universalité (la PMI est ouverte à tous tout en ayant capacité à accueillir les populations les plus en difficulté) – ce qui renvoie à la notion d'"universalisme proportionné"⁷ –, proximité, accessibilité, ancrage dans les milieux de vie, gratuité, pluridisciplinarité⁸, approche globale médico-psycho-sociale, modalités d'actions variées⁹, partenariat très diversifié, double compétence : santé publique – promotion de la santé et actions de santé individualisées

⁴ À titre d'exemple les certificats de santé sont traités par les services de PMI puis transmis pour une exploitation nationale à la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques du ministère de la santé

⁵ Du nom de Michèle Peyron, députée chargée par Agnès Buzyn, ministre de la santé, d'un rapport sur la PMI rendu en mars 2019 : <https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-01/2018-102r-pmi.pdf>

⁶ Comme l'indique le sous-titre de l'ouvrage "L'institution PMI" d'Elia Djaoui et Françoise Corvazier, aux éditions de l'EHESP (2018)

⁷ Expression dans laquelle il ne faut pas oublier "*universalisme*" au profit de "*proportionné*" : "*Une santé pour les pauvres serait une pauvre santé*", cf. M. Marmot, inventeur du concept d'universalisme proportionné.

⁸ Médecins, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, sages-femmes, psychologues, conseillères conjugales, éducatrices de jeunes enfants, psychomotriciens, orthophonistes, diététiciens, secrétaires.

⁹ Consultations, bilans de santé, accueils individuel ou de groupe, visites à domiciles par des puéricultrices et des sages-femmes, entretiens psychologiques, groupes de paroles, accueils parents-enfants, soutien à domicile par des techniciennes de l'intervention sociale et familiale, intervention dans les milieux de vie et de socialisation (modes d'accueil, écoles maternelles...), etc.



→ **Un réseau national de services de PMI** qui, bien qu'affaibli (parfois grandement) reste un point d'appui essentiel pour re-développer, re-vitaliser et pérenniser la politique de PMI et de santé sexuelle et son offre de services.

→ **Des "forces" en potentialité avec le réinvestissement timide mais réel des autorités nationales** : premières mesures depuis 2014 (rapports DGS - 2014 et DGCS - 2016 sur la PMI,

Engagement 1 : Agir le plus précocement possible pour répondre aux besoins des enfants et de leurs familles

1. Atteindre à horizon 2022 un taux de couverture par la PMI d'au moins 20 % des entretiens prénataux précoces au niveau national
2. Faire progresser le nombre de bilans de santé en école maternelle réalisés par la PMI et se rapprocher du contenu de l'examen de santé tel que défini dans le carnet de santé
3. Doubler au niveau national le nombre de visites à domicile pré et postnatales réalisées par des sages-femmes de PMI en faveur des familles vulnérables
4. Permettre qu'à horizon 2022, au niveau national, au moins 15 % des enfants bénéficient de l'intervention à domicile d'infirmières puéricultrices de la PMI, notamment jusqu'aux deux ans de l'enfant et dans les familles vulnérables
5. Permettre qu'à horizon 2022, au niveau national, au moins 20 % des enfants bénéficient de consultations infantiles

12. Renforcer les interventions de travailleurs en intervention sociale et familiale (TISF)
13. Soutenir les actions innovantes en PMI en matière de santé publique
14. Créer 20 nouveaux relais parentaux sur le territoire à horizon 2022
15. Soutenir les parents en situation de handicap
16. Soutenir les parents d'enfants en situation de handicap

loi de 2016 de modernisation du système de santé et mise en place du Comité d'Animation National des Actions de PMI - CANA-PMI, cf. encadré), puis constats et préconisations du rapport Peyron et les

Le CANA-PMI est un regroupement conduit par la Direction générale de la santé et l'Assemblée des départements de France qui a animé des rencontres de plusieurs dizaines de services de PMI entre 2017 et 2020. Depuis la crise du Covid il s'est très peu réuni.

premières mesures prises à la suite : la contractualisation État-départements en prévention-protection de l'enfance (2020, cf. les objectifs de prévention dans le tableau ci-contre), les articles concernant la PMI dans la loi de protection des enfants de 2022¹⁰, les mesures du "Ségur", revalorisant les rémunérations des professionnels de santé, en cours d'application aux métiers de PMI... Et les mesures espérées suite aux Assises de pédiatrie et de santé de l'enfant en faveur de la PMI.

→ **Une tradition de créativité et d'innovation**

On n'en citera ici que deux exemples, la mise en place du test ERTL 4 de dépistage des troubles du langage à 4 ans en coopération entre le service de PMI de Meurthe-et-Moselle et une équipe d'orthophonistes, l'implication des services de PMI, notamment à Paris, en Seine-St-Denis ou dans les Bouches-du-Rhône dans la lutte contre le saturnisme infantile dès les années 1980.

→ **Une capacité de recherche dans le champ de la prévention**, malheureusement trop peu soutenue par les pouvoirs publics, par exemple : l'enquête BSEM -PMI sur les bilans de santé en école maternelle dans le cadre de la cohorte Elfe¹¹, la recherche action PERL sur les visites à domicile en population générale en Meurthe et Moselle¹².

Quels sont les difficultés et les défis actuels pour la PMI ?

→ **Le dispositif de PMI a fait face depuis 30 ans à une tension** entre l'existence d'une législation nationale très précise et celle d'un cadre d'application décentralisé et confié aux départements, sans politique nationale incitative ou régulatrice jusqu'à la période récente. Malgré la décision d'adopter des priorités pluriannuelles de santé publique en concertation avec les départements (loi de protection des enfants - PE de 2022), l'absence persistante

¹⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045133771/> cf. titre V

¹¹ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0398762018314093>

¹² <https://www.cairn.info/quelle-prevention-universelle-et-ajustee-a-la-vuln--9782749273563-page-67.htm> et <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-3-page-391.htm>



d'instance nationale réglementaire consacrée à la PMI n'offre pas le gage d'un travail suffisant de co-construction et de suivi conjoint de ces orientations au quotidien et dans la durée. La mise en place du CANA-PMI qui avait suscité un espoir de ce côté est pour l'instant peu effective...

→ **L'offre de services de PMI est donc fragilisée dans de nombreux départements** : beaucoup de consultations de nourrissons et de femmes enceintes ou de planification familiale, de bilans de santé en maternelle sont supprimés ; sinon les délais de rendez-vous s'allongent, le suivi d'enfants après 2 ans se restreint, les visites à domicile en pré et post-natal se raréfient. On ne compte plus les postes vacants, s'agissant notamment des médecins : 26% de postes vacants en janvier 2022 sur 49 départements (enquête SNMPMI) , chiffres corroborés par une étude de la DREES, cf. ci-après. La contractualisation engagée depuis 2020 entre le gouvernement et les départements, bien insuffisante dans les moyens alloués, ne se traduit pas même par un début d'inversion de cette tendance...

→ **Le périmètre de la PMI est réduit dans un nombre croissant de départements** à certaines missions (protection de l'enfance, modes d'accueil) en délaissant le champ global de la prévention, les équipes de PMI sont en outre souvent dispersées unité territoriale par unité territoriale sans coordination en tant que service départemental de PMI. Pourtant la notion de service est essentielle car, bien que souvent mise à mal, elle constitue le véhicule d'une cohérence d'action au niveau départemental. L'étude du syndicat national des médecins de PMI sur l'action de la PMI durant la crise Covid¹³ a confirmé que la réactivité des équipes de PMI était fortement liée à l'existence de services clairement structurés et dirigés par un médecin. A contrario, le récent rapport IGAS (juillet 2023) relatif à la santé scolaire démontre justement combien la suppression de cet élément organisationnel au sein de l'éducation nationale a fortement contribué à déstructurer la mission de promotion de la santé des élèves.

En inscrivant des mesures relatives à la PMI dans une loi de protection de l'enfance, le gouvernement a continué à accompagner une vision de la PMI, déjà présente dans la loi de 2007, essentiellement comme une composante santé de la politique de protection de l'enfance au lieu d'une politique de santé publique ayant des finalités propres de promotion de la santé incluant celles relatives à la prévention en protection de l'enfance. Par ailleurs l'unicité du service de PMI inscrite au code de la santé publique, comme condition de production et de mise en œuvre d'une politique départementale cohérente de PMI, n'est pas suffisamment appréhendée par les décideurs nationaux et locaux (cf. le récent arrêt de la justice administrative pour reconstituer le service de PMI de l'Hérault¹⁴).

→ **Un service au public insuffisant et très inégalement réparti**, les normes minimales conçues pour le garantir, diversement respectées, devraient être révisées. En tout cas, le rapport Peyron indiquait une diminution de 45% des consultations infantiles entre 1995 et 2016, de 50% des visites à domicile des puéricultrices et de 30% de celles des sages-femmes. Des travaux ont débuté pour une révision des normes suite au vote de la loi PE du 7 février 2022 qui devraient aboutir dans le cadre des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant.

La réglementation actuelle, datant de 1992, prévoit 1 puéricultrice pour 250 naissances et 1 sage-femme pour 1500 naissances, 1 consultation médicale infantile hebdomadaire pour 200 naissances et seize demi-journées hebdomadaires de consultations prénatales et de planification ou éducation familiale pour 100 000 habitants âgés de quinze à cinquante ans résidant dans le département, dont au moins quatre demi-journées de consultations prénatales.

¹³ https://snmpmi.org/IMG/pdf/etude_covid19-pmi_snmpmi_decembre2020_rapport_synthese.pdf

¹⁴ <https://snmpmi.org/La-Tribunal-administratif-de-Montpellier-enjoint-le-departement-de-l-Herault.html>

→ **Le financement de la PMI est mal assuré** par l'État (pas de fléchage dans la Dotation de décentralisation - DGD) et par la sécurité sociale (absence de remboursement pour le travail des puéricultrices, des psychologues notamment, insuffisance pour les médecins par exemple concernant les consultations complexes...). L'enveloppe accordée par le gouvernement pour la contractualisation État-départements 2019- 2022 est de 100 millions d'€, c'est-à-dire 0,05% de la dépense nationale de santé. Il s'agit d'un simple rattrapage des financements "perdus" ces 10 dernières années selon le rapport Peyron... Le remboursement de l'activité des puéricultrices n'est toujours pas acté (renvoyé à un rapport au parlement), celui des psychologues même pas envisagé...

→ **Le problème crucial de la démographie des professionnels de PMI** : une étude du CNFPT¹⁵ prévoyait que la part des titulaires au 31/12/2006 qui devaient atteindre l'âge moyen de départ en retraite en 2020 serait de 66% pour les médecins, 47% pour les psychologues, 69% pour les sages-femmes, 43% pour les puéricultrices. L'étude de la DREES de mars 2022¹⁶ le confirme avec : -5% de médecins par an entre 2016 et 2019, passage de 2200 ETP en 2010 à 1700 en 2019, de 540 ETP psychologues à 380... Chiffres encore aggravés fin 2022 (cf. document DREES du dossier de presse sur les effectifs PMI 2010-2022).

La nécessité de mesures en faveur de l'attractivité des métiers de la PMI n'est pas prise en compte à sa juste dimension : décalage entre les mesures salariales pour les sages-femmes hospitalières et celles de la territoriale, salaire des médecins de PMI de 60% inférieur en début de carrière par rapport à celui des praticiens hospitaliers ou des médecins de centres de santé...

→ **La PMI se situe dans un contexte d'offre de soins en "crise"** : une offre de soins ambulatoire qui globalement se traduit par des difficultés croissantes d'accès aux soins (baisse de la démographie des pédiatres et gynécologues, et généralistes dans beaucoup de régions ou départements - campagnes, villes) et de plus en plus d'inégalités d'accès (dépassements d'honoraires), dans un contexte hospitalier et ambulatoire de plus en plus tendu (urgences surbookées, sorties précoces de maternités, fermeture des petites maternités, manque criant de places dans les Centres Médico-Psychologiques, Centres d'Action Médico-Sociale Précoce, structures d'accueil liées au handicap...), sur fond de couverture maladie complémentaire pas toujours accessible pour de très nombreuses familles et d'ouverture de droits de plus en plus lente pour les femmes enceintes... Sans oublier de mentionner les récentes alertes sur la remontée depuis 10 ans du taux de mortalité infantile en France dont les hypothèses renvoient à la fois à la dégradation des conditions de vie et de santé d'une partie de la population et également du système de soins et de prise en charge sociale et psychologique...

Les préconisations sur la santé de l'enfant, issues de divers rapport récents (Cour des Comptes 2021, IGAS 2020) posent de nombreuses questions et éludent l'articulation entre pédiatrie de ville, hospitalière et de PMI : par exemple le rapport de la Cour des Comptes ignore pour l'avenir la place des médecins de PMI dans la réalisation des examens obligatoires des enfants en proposant de les confier aux seuls "médecins traitants" de l'enfant. Est également hors champ dans ces rapports la perspective d'un service public de la santé de l'enfant^{17,18} qui permettrait d'assurer, de la période périnatale à l'adolescence, la

¹⁵ CNFPT La démographie des personnels territoriaux au 31/12/2006, oct.2009

¹⁶ https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-03/er1227_0.pdf

¹⁷ Cf. Suesser P., Jacquin P.. Pour un service public de santé de l'enfant et de l'adolescent. Raison présente n° 223-224 déc. 2022, p. 181-194, consultable sur :



continuité et l'articulation des soins préventifs et curatifs de l'enfant par tous les acteurs concernés. Les conclusions et les suites des Assises de pédiatrie et de santé de l'enfant seront décisives pour acter ou non de mesures favorables à une telle perspective...

→ La plate-forme "**Assurer l'avenir de la PMI**", qui regroupe notamment tous les organismes de professionnels de santé exerçant en PMI, a soumis aux Assises de pédiatrie et de santé de l'enfant de nombreuses propositions pour remédier aux difficultés actuelles du dispositif de PMI et le revitaliser, s'agissant : d'objectifs de couverture populationnelle par les services de PMI, de normes minimales de professionnels pour atteindre ces objectifs, de mesures d'attractivité des carrières en PMI, de financement et de gouvernance partagée du dispositif entre l'Etat, la sécurité sociale et les départements¹⁹.

http://www.assureravenirpmi.org/IMG/pdf/article_suesser_jacquin_2022_raison_presente_rpre_223_0181.pdf

¹⁸ <https://www.lagrandeconversation.com/societe/pour-un-service-de-sante-dinteret-general-territorialise/>

¹⁹ http://www.assureravenirpmi.org/IMG/pdf/assureavenirpmi_argumentaire_assises_sante_enfant_janvier2023.pdf et https://assureravenirpmi.org/IMG/pdf/assureravenirpmi_table-ronde_pmi_14mars2023_assises_sante_enfant.pdf



Effectifs PMI 2010-2022 - Source DREES

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiqué-de-presse-jeux-de-donnees/241105_Data_PMI

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	Tableau 1 - Equivalents temps plein et répartition en % des principaux personnels de PMI, depuis fin 2010													
2	Source : DREES, enquête Aide sociale.						Retour au sommaire							
3	Champ : France métropolitaine et DROM.													
4														
5	Equivalents temps plein (ETP)													
6	Professionnels													
7		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
8	Puéricultrices	4 183	4 161	4 205	4 238	4 292	4 421	4 447	4 519	4 541,1	4 527	4 523	4 581	4 696
9	Médecins	2 250	2 163	2 100	2 074	2 048	2 047	1 956	1 866	1 738,4	1 689	1 616	1 535	1 397
10	Infirmières	1 376	1 394	1 362	1 391	1 341	1 365	1 351	1 330	1 350,1	1 380	1 282	1 278	1 246
11	Sages-femmes	986	999	1 027	1 050	1 047	1 035	1 052	1 062	1 088,8	1 117	1 107	1 125	1 161
12	Auxiliaires de puériculture	978	1 007	913	922	904	904	970	955	948,7	919	904	905	925
13	Psychologues	538	522	484	485	480	452	439	427	422,8	432	452	443	434
14	Conseillères conjugales et familiales	379	345	344	356	366	357	323	333	342,9	343	358	363	394
15	Educatrices de jeunes enfants	284	312	315	332	332	314	302	300	310,8	320	316	328	334
16	TOTAL estimé France entière (y.c. Mayotte à partir de 2012)	10 975	10 904	10 750	10 846	10 809	10 896	10 839	10 792	10 744	10 726	10 558	10 557	10 587
17														
18	Répartition des équivalents temps plein (ETP), en %													
19	Professionnels													
20		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
21	Puéricultrices	38%	38%	39%	39%	40%	41%	41%	42%	42%	42%	43%	43%	44%
22	Médecins	21%	20%	20%	19%	19%	19%	18%	17%	16%	16%	15%	15%	13%
23	Infirmières	13%	13%	13%	13%	12%	13%	12%	12%	13%	13%	12%	12%	12%
24	Sages-femmes	9%	9%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	11%	11%
25	Auxiliaires de puériculture	9%	9%	8%	8%	8%	8%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%
26	Psychologues	5%	5%	5%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%
27	Conseillères conjugales et familiales	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	4%
28	Educatrices de jeunes enfants	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%
29	TOTAL estimé France entière (y.c. Mayotte à partir de 2012)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Extrait rapport Michèle Peyron, députée "Pour sauver la PMI, agissons maintenant" (2019)

complété pour les données 2019

1.11.3.1 Le rétrécissement et la saturation de l'activité de consultation infantile

En 1995, près de 900 000 enfants avaient été vus en consultation de PMI, représentant 2,7 millions d'examens. Deux décennies plus tard, on est passé à 550 000 consultants représentant 1,49 million d'examen, soit **une baisse de -45 %**.

Tableau 7 : Evolution de l'activité de consultation infantile 1985-2016

	1985	1991	1995	2004	2008	2012	2016	2019
Consultants (enfants)		886 705	885 100	746 872	665 898	683 636	557 736	
Examens cliniques	2 741 000	2 707 000	2 707 200	2 152 735	1 986 310	1 836 798	1 490 584	1 383 000

Source : SESI - DREES

-45%/1995 -49%/1995

Dans le Pas-de-Calais, la PMI a calculé recevoir en consultation 10,7 % de la classe d'âge des 0-6 ans (ou plus exactement 22,1 % des enfants de moins de 2 ans et une fraction négligeable des enfants de 3-6 ans). En Seine-Saint-Denis, l'investissement volontariste du département aboutit à un ratio plus favorable : les 62 580 enfants vus au moins une fois en 2017 correspondent à 35 % des 179 442 enfants de (0 - 6 ans) (INSEE 2015).

Dans plusieurs départements visités, les délais de consultation se situaient fréquemment autour de

1.11.3.2 Les VAD infantiles ont été divisées par deux en vingt-cinq ans

Les visites à domicile infantiles ont vu leur nombre passer de 1 million à 570 000 en 25 ans.

Tableau 8 : Evolution des VAD infantiles 1991-2016

	1991	1995	2003	2004	2007	2008	2012	2015	2016	2019
VAD	1 000 071	1 075 433	700 189	737 916	422 396	502 433	685 841	576 342	571 887	550 000
Nb d'enfants vus à domicile	409 139	520 176	439 009	455 760	329 406	334 135	384 428	262 703	289 997	

Source : DREES

- 43%/1991 - 45%/1991

La Métropole de Lyon a communiqué des données précises par tranche d'âge qui donnent la mesure du resserrement de l'activité de consultation:

Taux d'enfant vus en consultation par rapport à la classe d'âge	72 % pour les moins de 1 an 21 % pour les enfants entre 1 et 2 ans 10 % pour les enfants de 2 à 3 ans 3 % pour les enfants de 3 à 6 ans
---	--

1.11.5.2 La baisse des VAD maternelles

Le nombre de visites à domicile maternelles a baissé de presque 100 000 entre 2004 et 2016. La PMI voit à peine plus de femmes en 2016 qu'en 1991. Cette évolution défavorable doit cependant être modérée par le déploiement parallèle du PRADO.

Tableau 7 : Evolution du nombre de VAD maternelles (1991-2016)

	1991	1995	2003	2004	2007	2008	2012	2015	2016	2019
VAD	242 800	264 200	238 072	274 825	169 079	194 224	235 477	196 348	188 219	177 000
Nb de femmes vues à domicile	64 500	91 700	80 988	97 403	83 172	95 750	102 224	66 074	69 635	

Source : DREES

- 32%
/2004 - 36%
/2004

Documents illustrant les pratiques en PMI



Quelques exemples de l'efficacité des activités de PMI

(extrait de notre [contribution à la mission de Michèle Peyron, députée, sur l'évolution de la politique de PMI](#))

Exemple 1 :

Lors d'une visite à domicile de la puéricultrice de PMI, celle-ci fait la promotion et la démonstration dans le contexte de vie de la famille, de l'utilisation d'un soluté de réhydratation orale (SRO) en cas de diarrhée du nourrisson et explique à la mère-aux parents la nécessité de venir faire peser le bébé à la consultation dans cette circonstance. L'appropriation de ces mesures de prévention-dépistage de la déshydratation du nourrisson par ses parents vise un bénéfice en termes de santé en évitant une complication potentiellement sévère pour l'enfant. L'action de prévention ainsi menée a également pour effet une économie potentielle pour l'assurance-maladie, en évitant la présentation de l'enfant aux urgences voire son hospitalisation (le coût comparé de l'intervention de la puéricultrice de PMI à domicile versus la prise en charge hospitalière - même dans sa version la plus "légère" - devrait en attester).

Exemple 2 :

La contribution de la PMI à la vaccination des nourrissons est reconnue, les services de PMI s'emparant traditionnellement des nouvelles recommandations vaccinales dans les plus brefs délais. Ainsi, l'IGAS indique dans un rapport de 2011 sur les inégalités de santé dans l'enfance : "la couverture vaccinale des élèves de ZEP contre la rougeole et l'hépatite B est meilleure que celle des élèves hors ZEP, sans doute du fait d'un recours plus important aux services de la protection maternelle et infantile"²⁰. Selon le bulletin Etudes et résultats n°913 de la DREES, 700 000 enfants de moins de 6 ans dont une majorité de moins de 2 ans ont bénéficié de ces consultations de PMI, l'étude l'IGAS sur la PMI de 2006 estimait le taux d'enfants de moins de 1 ans suivis en PMI à 50%. En tout état de cause l'activité vaccinale de la PMI auprès des jeunes enfants apporte une contribution majeure à la couverture vaccinale en France. En retenant l'exemple des trois vaccinations contre des maladies particulièrement sévères voire fatales pour les nourrissons, infections invasives à haemophilus, à pneumocoques et à méningocoque C, on mesure l'effet préventif très notable de l'activité vaccinale des médecins de PMI pour en préserver les jeunes enfants. Ainsi que ses conséquences financières en évitant l'hospitalisation de dizaines voire de centaines d'enfants²¹.

Exemple 3 :

En visite à domicile chez une patiente qu'elle suit dans le cadre d'un accompagnement médico-psycho-social, la sage-femme de PMI est alertée par des signes que la patiente décrit au cours de la consultation, qui n'ont pas inquiété celle-ci mais témoignent d'une menace d'accouchement prématuré. Elle lui explique l'importance de se rendre aux urgences, où la patiente pourra bénéficier d'un traitement pour stopper les contractions et d'une corticothérapie, permettant d'améliorer l'état de santé de l'enfant à la naissance et de diminuer le risque de complications et de séquelles pour celui-ci. Au retour à domicile de la patiente, la

²⁰ Inspection générale des affaires sociales. Alain Lopez, Françoise Schaezel, Marguerite Moleux et Claire Scotton. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance*. Rapport RM2011-065P, mai 2011

²¹ Selon D. Levy Bruhl, de Santé publique France, la vaccination contre l'Haemophilus Influenzae b a conduit à la réduction de 600 cas de méningite en 1992 à aucun cas en 2014. Cf. *L'épidémiologie des maladies à prévention vaccinale en 2017*. In : *Médecine*, mars 2017, 103-109



sage-femme met en place avec la femme et les partenaires (cantine, garderie, TISF...) une organisation permettant à celle-ci de se reposer et de différer l'accouchement. Les coûts de prise-en-charge de l'enfant en seront fortement réduits.

Exemple 4 :

Certains services de PMI et de planification familiale se sont emparés de la possibilité qui leur est ouverte de réaliser des IVG médicamenteuses dans le cadre de leurs consultations de protection maternelle ou de planification familiale. Environ un tiers des départements seraient actuellement concernés. Ce faisant les médecins et les sages-femmes de PMI contribuent à éviter des IVG plus tardives, souvent plus traumatisantes pour les femmes. Cela évite le recours à des structures de soins plus lourdes et à des actes plus coûteux pour l'assurance maladie.

Exemple 5 :

Lors d'une consultation médicale, certains signes d'alerte indiquant un risque de troubles du développement chez l'enfant peuvent faire l'objet d'une orientation vers le psychologue du centre de consultation PMI. Celui-ci prendra le temps nécessaire à l'évaluation clinique autour des signes cliniques chez l'enfant. Une orientation en lien avec le reste de l'équipe offrira à la famille la possibilité de se sentir partie prenante et respectée dans ce choix, condition favorable en ce qui concerne l'efficacité des prises en charge. Parfois, le fait de proposer quelques entretiens réussit à mobiliser les parents autour de leur enfant et il arrive alors de voir une évolution positive à l'expression de certains symptômes, évitant une prise en charge plus lourde (retard de langage, retrait relationnel, agitation, colères, opposition,...). Autre exemple, une mère est adressée par la puéricultrice autour d'une problématique de sevrage. Après deux mois de tentative pour la soutenir, le sein est toujours donné et le bébé refuse la diversification alimentaire. Souvent, dans l'entretien se fait jour une raison plus profonde de cette difficulté (deuil, violence conjugale,...). Le psychologue de PMI peut recevoir la famille rapidement et aide à la compréhension de la problématique sous-jacente ce qui souvent permet la levée du symptôme. En résumé les entretiens précoces avec le psychologue de PMI sont un atout en ce qui concerne le travail autour des orientations, grâce aux regards croisés et pluriels de l'équipe. Ils offrent aussi la possibilité d'accompagner les familles au décodage des symptômes de leur enfant et assez régulièrement à la réduction des symptômes, évitant une prise en charge plus conséquente.

Exemple 6 :

Les équipes de PMI sont bien formées au dépistage des troubles sensoriels et ont le temps de bien le faire en consultation ou en bilan de santé à l'école maternelle. Le dépistage d'un trouble visuel important, comme une amblyopie par exemple, a un tout autre pronostic s'il est fait précocement. Les déficits auditifs, dépistés tôt, ont également moins de répercussion sur le langage et les apprentissages. Les dépistages effectués en consultation, à tout âge, mais surtout entre 2 et 4 ans sont particulièrement intéressants pour l'enfant et en termes de dépenses publiques. En permettant une prise en charge précoce, l'intérêt est double : à la fois pour l'enfant, bien sûr, et également parce que cela évite des rééducations ou compensations ultérieures coûteuses.

Exemple 7 :

De part leur pluridisciplinarité et leur possibilité d'intervenir facilement au domicile, les équipes de PMI permettent qu'un accompagnement de proximité soit organisé autour des enfants présentant une pathologie chronique. Dans les cas de découverte d'un asthme, d'une épilepsie ou d'un diabète, par exemple, la puéricultrice peut aider les parents à la mise en route et à l'appropriation de traitements parfois complexes à appréhender pour eux. Cela permet d'éviter bon nombre de recours aux services des urgences ou d'hospitalisation.

La protection maternelle et infantile en pratiques auprès du tout-petit

La prévention en petite enfance et en santé familiale et infantile a bénéficié depuis plus de 50 ans des apports de la pédiatrie du développement et de la pédiatrie sociale, de la psychologie périnatale et de la prime-enfance, de la santé publique.

Elle s'est ainsi constituée comme une pratique spécifique s'adressant à tous, autour du développement global et historicisé de l'enfant, s'appuyant sur ses potentialités et celles de son entourage, ouverte à la transdisciplinarité et attentive aux conditions générales favorisant la santé et le « bien grandir ». En ce sens, elle a su s'inscrire dans une perspective de promotion de la santé.

Aperçu sur la pratique des services de PMI

L'implantation des services de PMI entend favoriser un lien de proximité entre les professionnels et les enfants et leur famille. Cette proximité offre un socle à l'attention préventive des professionnels qui peut entrer en écho et en soutien avec la propre attention des parents pour le développement et la santé de leur enfant. Ceci concerne tous les parents puisque l'attente d'un enfant, puis sa naissance, constitue pour tous un moment de profond remaniement qui peut venir révéler ou renforcer certaines fragilités mais aussi la créativité nécessaire pour les dépasser. Le souci de la bonne santé de l'enfant, les soins à lui apporter sont, pour chacun, des leviers très puissants du « devenir parent ».

Le positionnement des professionnels de PMI s'ancre dès lors

dans une approche préventive centrée, dès la grossesse, sur le processus long du développement de l'enfant, de la parentalité. Cette approche intégrée de la prévention s'appuie largement sur les préoccupations des femmes enceintes, des parents : il s'agit de promotion de la santé au sens de *porter vers l'avant*, vers l'avenir, l'enfant qui a tant besoin pour grandir de parents confiants en leur capacité d'y contribuer.

C'est ainsi que le dialogue institué dès la période prénatale permettra l'expression des préoccupations parentales, sur les aspects somatiques, psychologiques, sur les déterminants sociaux et environnementaux, sur l'accueil socialisé de l'enfant. Les questions sur la santé somatique constituent le plus souvent le souci qui vient en premier du côté des parents et qui permet, en s'y appuyant, d'aborder l'ensemble des dimensions, et ce dans la durée.

Cette prise en compte de la santé conjugue l'approche médicale ou de puériculture au sens large et l'approche relationnelle du soin. Cette double entrée lui confère une dimension profondément individualisante. Chaque professionnel, doit être formé à l'analyse du « climat » familial et en capacité de s'y ajuster afin de répondre

au mieux aux besoins, variables d'une situation à l'autre, matériels, de soutien et d'accompagnement de tous ordres dans chaque famille et dans le respect de chacun.

La confiance qui se construit là, tant dans les accompagnements individuels que collectifs, est aussi un facteur très structurant pour le succès de campagnes thématiques portant par exemple sur la prévention de l'obésité, des accidents domestiques, de la consommation des écrans par les tout-petits. Le message n'est alors pas seulement porté de façon didactique mais incarné et adapté dans la relation de soins. C'est ainsi que les programmes de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé que nous développons s'appuient et s'articulent de façon vivante et interactive avec notre exercice médico-psycho-social clinique de terrain.

Le travail en PMI a une vocation préventive universelle, s'exerce en équipes largement pluridisciplinaires, développe une complémentarité d'actions au plan individuel et collectif et inclut de nombreux partenaires. Ce travail prend tour à tour plusieurs formes qui s'incarnent dans trois registres correspondant au concept de « prévention en rhizome »¹ :

Maryse Bonnefoy,
Cécile Garrigues et
Pierre Suesser

Co-présidents du syndicat national des médecins de PMI (SNMPMI)



- 1^{er} registre, la prévention par l'accompagnement de la vie quotidienne : par exemple le soutien apporté par la qualité relationnelle lors du suivi de la grossesse, lors de la mise en place ou de renoncement à un allaitement maternel, lors de premières séparations vers un mode d'accueil ; la prise en compte également de questions apparemment bénignes sur le bain, la nourriture, les « bobos » des nouveau-nés, en mesurant les soubassements psychologiques ; ou encore les activités d'éveil culturel et artistique en centres de PMI, etc.
- 2^{ème} registre, la prévention par le soutien dans les aléas de la vie ordinaire où un enfant peut se trouver perturbé lors d'une étape normale de son développement : sevrage, naissance d'un cadet... Ici la prévention opère toujours avec prudence car selon les cas ces occasions de perturbation du développement sont aussi des oppor-

tunités de remaniement et de maturation. « Il est donc préventif de ne pas faire de zèle préventif »², car véhiculer une sorte d'interdit de souffrir face à des frustrations et des peines inhérentes au parcours de tout enfant peut aussi se révéler perturbateur.

- 3^{ème} registre, l'aide globale face aux accidents de la vie : séparations-recompositions familiales, décès d'un membre de la famille, situation de handicap, violences conjugales, pathologie mentale, précarisation des conditions sociales de vie. Il s'agit par exemple d'accompagnement des parents lors de la perte d'un bébé au moment de la grossesse ou de la naissance qui a été considérablement réfléchi et amélioré en maternité ; de même que les expériences menées en PMI avec des dispositifs d'accompagnement lors d'une mort inattendue du nourrisson, ou bien encore au travail conjoint avec les CAMSP auprès d'enfants porteurs de handicap et de leur famille.

Panorama succinct des pratiques tournées vers la prévention développementale

Depuis 50 ans, la terminologie qui définit les missions de la PMI dans la loi a changé, de la « protection maternelle et infantile » à la « protection et promotion de la santé de la famille et de l'enfant ». Il ne s'agit pas seulement d'éviter ce qui peut advenir de fâcheux pour la santé mais d'accompagner ce qui peut advenir d'heureux pour le développement de l'enfant. Cela se traduit par les multiples temps et champs de pratiques de la PMI.

En période périnatale, un axe important du travail s'est développé autour de l'instauration des premiers liens mère-enfant, parents-enfant. Dans cette période particu-

lière, outre les situations de pathologies avérées, il est difficile de savoir si et comment les difficultés vont se traduire ou évoluer, quelle famille sera touchée, quels troubles ces difficultés risquent d'entraîner : troubles psychiques et du développement, maltraitance, difficultés dans les apprentissages, troubles somatiques. Plutôt qu'un dépistage « ciblé », il convient d'accompagner plus généralement cette période de bouleversement, de vulnérabilité que représentent la grossesse et la naissance. Dans cette perspective, la constitution de partenariat et de réseaux entre équipes de maternité et de PMI, la proposition aux futures mères d'un entretien prénatal au 4^{ème} mois de grossesse sont autant d'atouts pour prendre en compte, en relais entre équipes de maternités et de PMI, les fragilités de certaines mères, des ajustements difficiles, des réponses inadéquates.

Les sages-femmes et puéricultrices de PMI peuvent intervenir à la maternité et à domicile avant et après la naissance. A ce moment, elles dialoguent, écoutent, conseillent et informent sur de multiples aspects qui posent questions ou provoquent des inquiétudes maternelles : accompagnement de la mise en route de l'allaitement, problèmes d'alimentation, ou face aux pleurs du nourrisson, à ses rythmes de sommeil.

Parfois il s'agit de mères en plus grande difficulté : pathologies psychiatriques, conduites addictives, situation de grand isolement ou de précarité sociale, femmes subissant des violences conjugales. Les puéricultrices s'y rendent souvent, tentent d'accompagner les gestes maladroits, de s'appuyer sur les ressources du bébé dans la mise en relation, d'apprécier sa « capacité de séduction », d'étayer l'appréhension d'une « existence mutuelle du bébé pour la mère et de la mère pour le bébé ».



1/ Concept développé par S. Giampino et C. Vidal dans leur ouvrage *Nos enfants sous haute surveillance*, éditions Albin Michel, 2009

2/ Ibid

Cette prise en charge peut être difficile, surtout si on l'engage seul, elle nécessite le soutien de l'équipe de PMI, de la psychologue notamment, on fait souvent appel au concours de travailleuses familiales, on recherche un mode d'accueil. Le travail en lien avec l'assistante sociale est essentiel lorsque les conditions de vie, l'absence de travail, les difficultés de logement, influent très défavorablement sur la santé familiale.

Dans tout ce travail très précoce, il s'agit sans porter de jugement de valoriser les capacités des enfants et des parents, de leur laisser la parole sur leur savoir des difficultés. On exerce là une forme de prévention fondamentale, par un effet de préservation de leur dignité.

Lors des consultations de nourrissons, ce travail se poursuit. Nous y sommes également confrontés à ces problèmes d'ajustement, aux problèmes éducatifs, aux situations où des enfants sont « excités » ou au contraire passifs, certains sont jaloux de la naissance d'un puiné, d'autres mangent mal, dorment mal. Les situations de séparations difficiles lors de l'entrée en crèche ou à la maternelle suscitent aussi des questions de la part des parents.

Les pédiatres, avec la puéricultrice et l'équipe de PMI, apportent autant que possible des réponses qui font écho en pratique aux « trois temps de la consultation »³ : un accompagnement consistant en une réassurance sur l'absence d'affection somatique et des conseils sous forme d'une guidance souple, s'appuyant sur la parole de la mère, des parents – et de l'enfant quand il peut s'exprimer – quant au sens qu'ils donnent aux événements. En gardant à l'esprit trois points de repères essentiels : *ne pas banaliser; ne pas disqualifier; ne pas interpréter*⁴. Enfin, lorsque

cet accompagnement reste sans effet sur les symptômes et l'angoisse exprimée, la proposition d'une prise en charge psychologique sera formulée, pas toujours suivi d'effet du moins dans l'immédiat. Tout en respectant le cheminement des parents, nous leur manifestons, par notre attention réitérée aux difficultés qu'exprime l'enfant, que nous restons des soignants préventifs engagés auprès de lui et d'eux-mêmes.

Ce travail d'accompagnement en consultation bénéficie dans certains centres de l'intervention d'une psychologue de PMI. Des éducatrices de jeunes enfants, des psychomotriciennes parfois accompagnent le cheminement des enfants, par des séances où le jeu, le travail sur le tonus, le schéma corporel sont autant d'outils pour aider les enfants dans leur développement et renforcer la confiance des parents dans les potentialités de leur enfant. Certaines équipes ont développé d'autres activités en salle d'attente comme l'éveil musical des tout-petits ou des ateliers autour du livre et des comptines qui créent des situations de plaisir et de partage propices aux investissements relationnels des jeunes enfants.

Tous ces moments « d'attention et d'engagement conjoints » contribuent souvent au déblocage de situations.

Dans les modes d'accueil, le travail de la PMI, aux côtés des équipes de crèches et des assistantes maternelles, consiste aussi à soutenir les enfants et leur famille, par exemple pour surmonter l'épreuve de la séparation où l'enfant exprimera parfois son angoisse au travers de comportements agressifs, ou d'une anorexie, d'un refus de dormir, ou pour d'autres d'un repli. Aider à décrypter les manifestations du mal être de l'enfant, écouter la difficulté d'une maman à le confier, considérer le regard du per-

sonnel qui accueille l'enfant et le soutenir face à l'expression parfois bruyante de sa détresse contribuent là encore à la prévention de difficultés développementales plus nouées.

Conclusion

De récentes études font état d'une remontée inédite de la mortalité infantile, dont les hypothèses renvoient à la dégradation des conditions de vie et de santé d'une partie de la population et également à celle du système de santé. Dans ce contexte la PMI se trouve fragilisée par l'absence de stratégie nationale concertée quant à ses priorités de prévention, ainsi que dans ses ressources, ses moyens humains et financiers, et par l'hétérogénéité de ces moyens selon les territoires et la diminution globale de professionnels : cela conduit souvent les départements à fléchir leurs ressources sur des critères de priorisation comme le suivi des enfants de moins de 2 ans ou encore des dépistages en école maternelle sans entretien de santé systématique ou de visite médicale associée, alors même que les familles doivent faire face à une offre de soins extérieure déclinante en ville. Ceci se fait au détriment de la mission de la PMI consistant à promouvoir une prévention développementale globale s'adressant à tous les enfants jusqu'à 6 ans dans une logique d'universalisme proportionné.

Pour reconquérir la plénitude de cet exercice, les pouvoirs publics doivent urgemment revitaliser les services publics de santé, tout particulièrement la PMI en faveur des tout petits et de leur famille. Gageons que les Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant acteront cette revitalisation et donneront un nouvel élan à la PMI en favorisant les passerelles avec l'ensemble des acteurs de la santé de l'enfant et en diffusant une véritable d'une culture de prévention. ●

^{3/} Crespin G. L'Épopée symbolique du nouveau-né. Toulouse, Érès 2007, p.172-178
^{4/} Ibid

Notes

