

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 conseiller.es conjugaux.ales 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.