

Assurer l'avenir de la protection maternelle et infantile

La PMI d'hier à aujourd'hui

Depuis sa création en 1945, la PMI a pris en compte progressivement les connaissances scientifiques sur l'enfant (médicales, psychologiques, éducatives...) et s'est adaptée aux évolutions sociétales. Ceci s'est inscrit dans des textes de loi fixant les grandes orientations et les missions du service de PMI.

Le service départemental de PMI est placé sous l'autorité du conseil général et les activités prévues au titre de la PMI sont inscrites dans le Code de la santé publique (articles L.2112-1 et L.2112-2) : il s'agit notamment de consultations médicales préventives, de visites à domicile, de bilans de santé en école maternelle, d'actions médico-sociales de soutien aux familles, d'activités de planification et d'éducation familiales, d'actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger, d'activités d'agrément et de contrôle des modes d'accueil de la petite enfance, du traitement d'informations épidémiologiques et de santé publique relatives à la maternité et à la petite enfance.

Ainsi ces missions se sont progressivement étendues au champ de la planification familiale (incluant la contraception, la prévention et le traitement des IST, la prévention des violences conjugales) et de la périnatalité (incluant, au-delà des suivis des grossesses, l'accompagnement à la parentalité, le travail avec les maternités et les hôpitaux). Ces missions concernent aussi la prévention et la prise en compte des handicaps, l'agrément et le suivi des lieux d'accueil des jeunes enfants et des assistants maternels, la prévention, le signalement et l'accompagnement des enfants « en danger ».

Les textes ont intégré l'exigence de qualifications diverses complémentaires et de pluridisciplinarité dans les équipes, fixant même des quotas minimaux pour certaines professions médicales et paramédicales, ainsi que pour certaines activités, afin que les missions puissent être correctement remplies. Les activités que doivent organiser les services de PMI, incluant ces quotas, ont été établies par décret en 1992¹, suite à la promulgation de la loi de 1989 relative à la promotion et la protection de la santé de la famille et de l'enfance, dite « loi PMI », dans le sillon de la décentralisation de 1983. Ces dispositions réglementaires avaient pour objectifs de fixer un cadre aux départements pour qu'ils se donnent les moyens de réaliser une véritable politique de prévention précoce dès la grossesse.

La loi de 1989 a ainsi défini deux axes complémentaires, donnant au dispositif de PMI une « double compétence » : celle de santé publique et de promotion de la santé d'une part, et celle de médecine préventive et d'actions de santé individualisées d'autre part.

Le contexte actuel de vie des familles est marqué par certaines caractéristiques qui peuvent les fragiliser : précarité sociale susceptible d'atteindre chacun, isolement, déficit de transmission

¹Selon le décret n°92-785 du 6 août 1992 relatif à la PMI, chaque service départemental de PMI doit disposer d'un poste de sage-femme à plein temps pour 1500 naissances, d'un poste à plein temps de puéricultrice pour 250 naissances. Le département doit organiser chaque semaine au moins seize demi-journées 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. Il doit aussi organiser une demi-journée de consultation médicale pour les enfants de moins de 6 ans pour 200 enfants nés l'année précédente et résidant dans le département.

au sein de la famille avec perte de repères éducatifs, mais aussi pression à la surstimulation précoce des tout petits dans une société de la performance...

Ceci entraîne des répercussions majeures sur la santé et le développement des enfants et une sollicitation croissante des professionnels de divers champs (médical, psychologique, éducatif, social,...). Les réponses globales apportées à toutes ces dimensions étaient jusqu'ici cohérentes dans la façon dont les services sociaux et de santé s'étaient structurés et, parmi eux, ceux de PMI qui ont prouvé leur pertinence (cf. étude de l'IGAS sur la PMI 2006²)

Or, quels sont les constats aujourd'hui ? L'émiettement, le cloisonnement et la spécialisation des actions, la démultiplication non coordonnée d'acteurs. Au regard de cela, l'apparition et la multiplicité de systèmes visant à la coordination, la montée en charge des dispositifs, protocoles, procédures, masquent en fait l'absence d'une véritable politique de promotion de la santé de l'enfant et de la famille. « L'enfant est orphelin d'une vision globale de sa politique de santé » (Pr Sommelet, 2006³)

Dans cette conjoncture de prévalence de la gestion, de la culture du résultat, du temps court et de l'efficacité immédiate, le service public est discrédité et mis à mal.

L'avenir de la PMI

Le changement de paysage institutionnel

Le paysage institutionnel évolue vite et apporte de nouvelles incertitudes mettant en péril l'existence même de la PMI située à la jonction de la santé et du social. D'un côté, les compétences sanitaires relèvent de l'ARS ; de l'autre, les compétences sociales des Conseils Généraux. Les missions des services de PMI ne sont appréhendées dans leur globalité par aucune des deux tutelles.

Si la mise en place des ARS, dans le cadre de la loi HPST, prévoit des modalités d'articulation entre collectivités locales et ARS, pour les politiques de santé comme la PMI⁴,

² Etude sur la protection maternelle et infantile en France, rapport de synthèse, IGAS, novembre 2006 : "La PMI est un des acteurs qui contribue à améliorer les indicateurs de santé. (...) Globalement, la plus-value de la PMI réside dans son accessibilité géographique, financière et culturelle et sa démarche de prise en charge globale à la charnière du sanitaire et du social, de l'individuel et du collectif, du préventif et de l'éducatif, assortie d'un fort accompagnement social".

³ D. Sommelet. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent, 28 octobre 2006

⁴ cf. notamment l'article 118 de la loi HPST complétant le code de la santé publique :

« Art.L. 1431-2.-Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

« 1° De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique définie en application des articles L. 1411-1-1 et L. 1411-2, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile. (...)

« Art.L. 1432-1.-(...) « Auprès de chaque agence régionale de santé sont constituées :

(...) « 2° Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Ces commissions, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, sont compétentes pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres, respectivement :

« - dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ; (...) »

cf. aussi la fiche « Protection maternelle et infantile » de l'ouvrage *Agence régionales de santé Promotion, prévention et programmes de santé*, éditions INPES 2009, p. 96 à 100, <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1252.pdf>

la question de l'allocation des ressources reste un enjeu non résolu et source de « paralysie » potentielle par absence d'engagement de l'Etat.

D'autre part l'incertitude demeure sur la future organisation territoriale telle qu'elle émergera de la réforme territoriale adoptée en 2010 par le Parlement. Si l'hypothèse d'une disparition pure et simple des départements n'est pas la plus probable, la redéfinition profonde de leurs prérogatives paraît à l'ordre du jour, notamment la disparition de la clause de compétence générale. Dans ce contexte, leur seule compétence obligatoire dans le domaine de la santé, à savoir la PMI - planification familiale, leur sera-t-elle maintenue ?

Les enjeux essentiels à préserver

- **Une certaine idée de la prévention en santé pour les enfants, les adolescents, les femmes et les familles**

Nous nous engageons pour une prévention et une promotion de la santé de la famille et de l'enfance généraliste et s'adressant à tous, tout en prenant en compte les femmes, enfants et les familles qui vivent les plus grandes difficultés.

Nous nous engageons pour des actions de prévention et de dépistage ouvertes à tous, comportant un accompagnement adapté des futurs parents, des enfants et des familles, des adolescents, des femmes, et des couples, en s'appuyant sur leurs compétences et leurs potentialités.

Nous nous engageons pour une pratique de prévention « prévenante » mais non prédictive, sans préjuger de l'évolution des difficultés dépistées, sans étiqueter tel ou tel enfant à partir de facteurs de risques.

Nous nous engageons pour un dépistage utile et déontologique : pas de dépistage sans proposition de prise en charge adaptée et acceptée par les familles.

Nous défendons le travail avec les familles autour des enfants, avec les jeunes, les femmes et les couples, dans le respect de l'éthique et de la confidentialité

- **Une certaine idée des droits sociaux et humains**

Nous affirmons que le système de santé solidaire et les services publics doivent être préservés et renforcés.

Nous défendons la gratuité des soins préventifs et curatifs dans les domaines somatique et psychique et une protection sociale pour tous.

Nous défendons l'accessibilité des services à tous, l'existence et le développement des services de proximité

Nous défendons les droits des femmes à la contraception et à l'IVG et la lutte contre les violences faites aux femmes

Nous défendons une conception des services de santé, d'accueil de la petite enfance, d'action sociale et d'éducation qui respecte la liberté, la dignité et la vie privée des enfants, des jeunes et des adultes.

- **Une certaine idée de la politique de l'enfance**

Nous nous engageons pour ne pas assujettir la prévention en santé au traitement de l'urgence sociale, à la prévention de la maltraitance et encore moins à la prévention de la délinquance.

Nous défendons la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, dans la définition des politiques en faveur de l'enfance, conformément à la Convention Internationale des droits de l'enfant : logement, éducation, accueil de la petite enfance, droit de vivre en famille, papiers, travail, protection sociale, revenus et conditions d'existence décentes...

Nous soutenons en particulier la nécessité de développer des modes d'accueil collectifs et individuels de qualité pour accueillir les jeunes enfants de façon personnalisante tout en permettant à tous les parents de concilier vie familiale et vie professionnelle. Nous défendons aussi l'accès de tous les enfants à l'école maternelle en les préservant d'une pression aux apprentissages scolaires précoces et à l'évaluation des performances.

La PMI s'engage à protéger les enfants dans l'exercice de ses missions propres et en bonne articulation avec les services de l'ASE en contribuant par ses connaissances dans le domaine de la santé et du développement de l'enfant à améliorer la prise en charge éducative globale réalisée par les services de l'ASE.

Le soin à l'enfant prend appui sur le soin parental, son développement en dépend. La PMI s'engage à renforcer :

- le soutien aux parents en difficultés ;
- la prévention de la séparation des enfants d'avec leur milieu familial ;
- et pour les enfants vivant dans des conditions préjudiciables à leur santé et à leur développement (carences, maltraitements) le soutien des actions permettant dans la mesure du possible à l'enfant de garder un lien avec ses parents une fois la sécurité et la protection assurée.

Nous appelons à la vigilance contre les dérives sécuritaires des politiques de prévention en direction de l'enfance et de la jeunesse.

Les moyens à développer, à promouvoir et à inventer

Face aux mutations en cours du cadre institutionnel où s'inscrit le dispositif de PMI, quels sont nos constats, nos engagements, nos demandes majeures ?

- La création d'une instance nationale pour la promotion et la protection de la santé familiale et infantile est indispensable pour favoriser l'impulsion d'une politique nationale de santé de l'enfant et de l'adolescent, de la famille
- Un cadre organisationnel cohérent doit être maintenu pour concevoir, élaborer, organiser et mettre en œuvre localement les missions de PMI. Nous défendons en ce

sens l'existence de services de PMI dirigés par un médecin et comprenant des personnels qualifiés dans le domaine médical, paramédical, psychologique, éducatif et social.

- Les divers acteurs que sont l'État, les ARS, l'Assurance maladie et les collectivités locales doivent contribuer, chacun pour ce qui le concerne, à l'élaboration des politiques de PMI et de planification familiale, à leur organisation, et chacun aussi financièrement à la mise en œuvre des activités de PMI et de planification familiale. La convention cadre nationale de la sécurité sociale doit prévoir le meilleur niveau de financement de l'ensemble des activités de la PMI et de la planification et doit prévoir le maintien des conventions locales là où elles sont plus favorables.
- Le caractère généraliste de la prévention en PMI doit être maintenu : approche globale de la santé familiale et infantile, s'adressant à toutes les familles, tout en prenant en compte les enfants et les familles qui vivent les plus grandes difficultés. Cela implique d'articuler les dimensions de promotion de la santé et de prévention, avec celles de protection de l'enfance. Les activités de planification familiale doivent bénéficier d'une même approche généraliste s'adressant à toutes les femmes, à tous les jeunes, à tous les couples.
- Les soins de santé délivrés par le dispositif de PMI doivent être maintenus et développés (consultations, visites à domicile, bilans de santé, entretiens...), en s'appuyant sur des professionnels spécifiquement formés et hautement compétents dans les domaines d'activité de la PMI. L'accompagnement de la parentalité (lors d'accueils parents-enfants) et le soutien au développement intellectuel et affectif de l'enfant (par le jeu et les biens culturels) sont également à promouvoir. L'ensemble de ces activités doivent s'exercer au plus près des enfants et des familles dans leurs milieux de vie, sous la forme d'une prévention accessible « au quotidien » pour ceux qui le souhaitent.
- Un plan d'urgence doit être établi pour accroître la démographie des professions de santé intervenant en PMI (formations initiale et continue, recrutements, statuts et rémunérations...)
- Une articulation étroite du dispositif de PMI est à préserver et amplifier avec les autres acteurs du système de santé dans les domaines périnatal, gynéco-obstétrical, pédiatrique et pédopsychiatrique, notamment dans le cadre de la coordination avec les ARS. Un partenariat très large est également à maintenir ou à construire avec les professionnels des champs éducatif, culturel, social et associatif.
- Les conditions de vie, sur le plan sanitaire, psychologique, social, environnemental, économique, etc. qui impactent la santé familiale et infantile, connaissent une très sensible dégradation. Une mobilisation des parents et des professionnels, en alliance entre ceux de la santé et ceux du champ social, éducatif, juridique, etc., est à l'ordre du jour, pour promouvoir des conditions favorables au bien-être et au développement des enfants et des jeunes, des femmes et des familles