

Alerte !

# La prévention en santé familiale et infantile a besoin d'une PMI alerte !





**1. Pourquoi un manifeste pour la PMI,  
pourquoi un manifeste en forme d'alerte ?**

---

*page 02*

**2. Dans ce contexte  
quels sont les atouts du dispositif  
de PMI ?**

---

*page 07*

**3. Les enjeux pour la prévention  
en santé familiale et infantile  
et pour la PMI en 2008**

---

*page 11*

**4. Le SNMPMI en action  
et en revendications**

---

*page 16*

**Plate-forme revendicative  
résumée**

---

*page 27*

## 1. Pourquoi un manifeste pour la PMI, pourquoi un manifeste en forme d'alerte ?

*La protection maternelle et infantile existe depuis plus de 60 ans et elle a traversé de multiples réformes en demeurant, par-delà les vicissitudes de l'histoire du système de santé et du service public, un dispositif de promotion de la santé de la famille et de l'enfant ouvert à tous.*

*Alors, pourquoi un manifeste en forme d'alerte en 2008 ?*

### Alerte !

Plus de 20 ans de décentralisation se traduisent par l'atomisation des missions de PMI et de planification familiale en autant de politiques que de départements. L'Etat, délaissant sa fonction régalienne, n'impulse plus aucune politique nationale globale de santé en faveur de la famille, de l'enfant et des jeunes et ne cherche pas à mettre en œuvre des outils de régulation pour garantir une égalité d'accès à des services de PMI sur tout le territoire.

### Alerte !

Devant la réduction des moyens octroyés par de nombreux départements à la PMI, sa vocation universelle - s'adressant à toutes les familles - et généraliste - pratiquant une approche globale de la santé - est de plus en plus remise en question. Ainsi, l'IGAS, dans son étude de novembre 2006 sur la PMI, tout en rappelant « *la vocation généraliste d'un service qui doit rester ouvert à tous et n'a pas vocation à se transformer en "médecine des pauvres"* » indique cependant que « *la PMI doit rester orientée vers les populations socialement défavorisées (...) ou psychologiquement vulnérables...* ». En pratique, dans de nombreux départements, la PMI voit son périmètre réduit, tantôt au strict domaine de la protection de l'enfance, tantôt au champ de l'action sociale.

### Alerte !

De très nombreux départements, faisant fi de l'application du code de la santé publique, ont purement et simplement supprimé leurs services de PMI. L'activité des professionnels de santé se fonde alors dans le cadre d'unités territoriales d'action sociale où la dimension santé peine à être reconnue. Dans un même temps, de nombreux départements se sont soustraits à leur obligation de respect des normes réglementaires en matière de personnels et d'activités de PMI (48 départements sous les normes pour les consultations et 22 départements sous les normes en matière de personnels, selon l'IGAS - 2006).

Ces réorganisations des services sociaux et médico-sociaux se traduisent par la mise en place de missions et de pôles, territorialisation des services, déssectorisation, privatisation de certaines activités. Elles résultent souvent d'audits, de missions, de schémas, qui s'inspirent du modèle de l'entreprise. Les prestations et les services sont considérés comme des produits dont la distribution doit être rentabilisée. Ces réorganisations à l'instar de ce qui se fait dans le service public hospitalier pourraient conduire au démantèlement des services publics départementaux, dont le service public de PMI.

#### Alerte !

Les multiples acteurs qui devraient contribuer au financement de la PMI le font à minima. Ainsi, lors de la décentralisation, l'Etat remboursait 83% des dépenses afférant à la PMI aux conseils généraux. Depuis 1983, cette dotation, intégrée à la dotation de décentralisation, n'a pas évolué en fonction du coût de la vie mais selon un taux directeur nettement inférieur. L'assurance-maladie, deuxième financeur extérieur aux départements, apporterait, selon l'IGAS, un dixième des ressources consacrées à la PMI (60 millions d'€). Ainsi le budget global consacré à la PMI est, selon l'IGAS, de 605 millions d'€ en 2005, à comparer aux 23 milliards d'€ affectés en 2004 par les départements à leurs dépenses d'action sociale et aux 10 milliards d'€ consacrés à la prévention dans la dépense de santé (source DREES 2002).

#### Alerte !

Alors que la démographie des professions de santé traverse une crise très préoccupante, les médecins, infirmières et puéricultrices, sages-femmes..., qui exercent dans les services de PMI, disposent de statuts et de conditions de rémunération parmi les moins attractifs de leur profession. Tout se passe comme si leur domaine d'exercice devait être marginalisé. En effet, la dévalorisation marchande des métiers exercés en PMI démontre le peu d'intérêt des pouvoirs publics pour la valeur sociale de leur mission. Cerise sur le gâteau, la qualité de médecin spécialiste, récemment reconnue aux généralistes d'exercice libéral, ne s'applique pas à ceux exerçant en PMI qui, à l'heure actuelle, demeurent pour la plupart orphelins du titre de spécialiste et seront donc considérés *de facto* comme pratiquant une sous-médecine comparée au secteur libéral ou hospitalier.

#### Alerte !

Le rapport sur la création des agences régionales de santé, remis au ministre de la santé en janvier 2008, ne fait référence ni explicitement ni implicitement à l'existence du dispositif de PMI et à son articulation avec l'organisation du futur système de santé régionalisé. De même, le rapport parlementaire relatif aux « *disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire* », rendu public en avril 2008, ne mentionne pas substantiellement la PMI. Enfin le projet de loi « *Hôpital, patients, santé et territoires* », présenté à l'automne 2008, ignore tout autant le dispositif de PMI.

#### Alerte !

La politique gouvernementale remet globalement en cause le service public (non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux partant à la retraite, rétrécissement du périmètre de l'action publique) et tout particulièrement la part publique du système de santé (restrictions portant sur l'hôpital public). Cela intervient dans un contexte où la dimension socialisée de l'accès aux soins est petit à petit grignotée (instauration des franchises médicales, généralisation des dépassements d'honoraires, réduction du champ de l'aide médicale Etat, etc.).

#### Alerte !

On assiste, dans le cadre de nombreux programmes de santé publique ciblant l'enfance et la famille, à une approche réductrice de la prévention centrée sur le seul dépistage voire un simple "repérage" de difficultés ou de troubles du développement. L'utilisation d'outils très standardisés - grilles, échelles, cotations - pose problème quand toutes les garanties ne sont pas réunies en terme de compétence du côté des utilisateurs et d'éthique sur le plan de leur usage.

De surcroît, quand le dépistage ne s'accompagne pas des moyens adéquats pour la prise en charge des difficultés identifiées et pour l'accompagnement des enfants concernés vers le soin, cela pose un problème d'éthique.



#### Alerte !

Ces approches s'inscrivent dans une conception de la prévention induisant des pratiques normatives sous l'influence du modèle bio-médical et de "l'evidence based medicine". Les référentiels, recommandations ou guides de bonnes pratiques établis dans ce cadre s'intéressent plus aux phénomènes de surface (symptômes, comportements...) qu'à leurs déterminants (étiologie, dynamique psychique...) et privilégient une évaluation réductrice, de court terme, entretenant une illusion d'opérationnalité.

#### Alerte !

Les politiques publiques actuelles menées dans le domaine de l'enfance induisent une déviation prédictive de la prévention, basée sur une conception déterministe erronée du développement individuel et social.

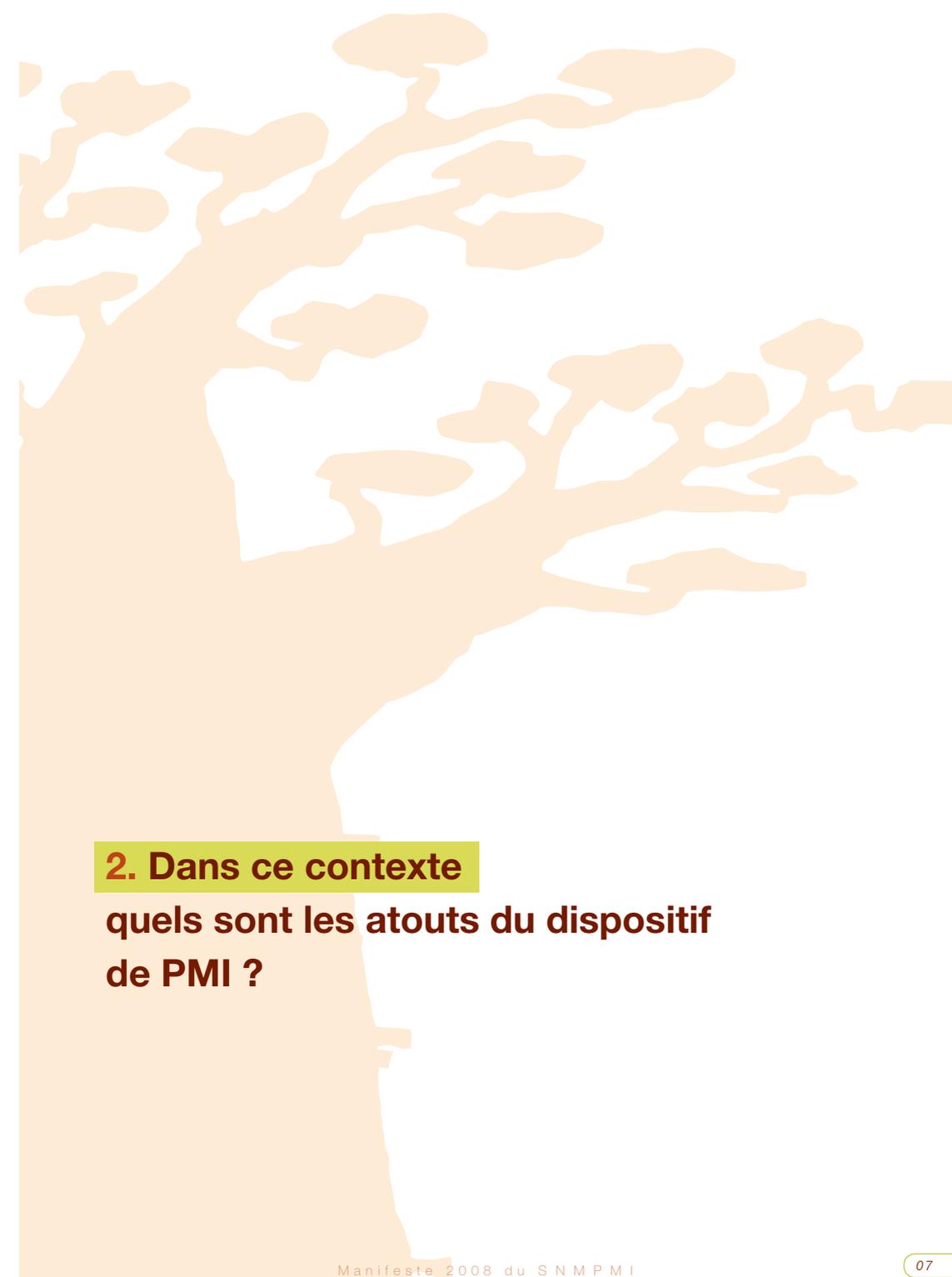
Elles se traduisent par un dévoiement de la vocation préventive généraliste de la PMI vers des problématiques prédéfinies de risques (prévention de la délinquance, protection de l'enfance). Les patients se voient conduits sur la voie d'un destin inéluctablement assigné, et l'action des soignants est entravée par la prédiction. Elles débouchent sur une approche sécuritaire ou de contrôle social contraire à l'esprit d'une prévention ouverte et prévenante.

#### Alerte !

S'institutionnalise un modèle de l'information partagée essentiellement centrée sur les risques sociaux, dans le cadre de la prévention, qui porte gravement atteinte au respect de la vie privée et au secret professionnel.

## 2. Dans ce contexte

### quels sont les atouts du dispositif de PMI ?





#### La PMI a des atouts

Le dispositif repose sur l'implication de divers acteurs, l'État, les collectivités locales, les organismes de sécurité sociale (art. L.2111-1 du code de la santé publique). Les missions générales de la PMI sont définies légalement.

Il s'agit 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 familiale, 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 en santé publique relatives à la maternité et à la petite enfance. (art. L. 2111-1 à 3 et L. 2112-1 à 6 du code de la santé publique).

#### La PMI a des atouts

Dans les textes comme en pratique, elle constitue une approche globale des problèmes de santé (aspects biomédicaux, sociaux, psychologiques, culturels, éducatifs...). L'intervention de la PMI se déploie dans une dimension essentielle de prévention et de promotion de la santé de la famille et de l'enfance. Les équipes de PMI cherchent à agir sur les déterminants de santé, se mobilisent dans les milieux de vie (la cité, la famille), inscrivent leurs pratiques dans la perspective d'un continuum entre soins préventifs et soins curatifs.

#### La PMI a des atouts

Son activité quotidienne articule des actions médico-sociales de terrain (consultations, visites à domicile, accueils...) et des activités programmées de santé publique (action sur les "facteurs de risque", éducation pour la santé, réseaux, santé communautaire...). En outre, les équipes développent dans le même temps des activités de prévention en population générale (famille, enfance, jeunesse) et des actions contextuelles ciblées en fonction de l'exposition de certains groupes de populations à des risques particuliers. Deux exemples en guise d'illustration : les actions portant sur le développement global de l'enfant concernent toutes les familles, la lutte contre le saturnisme concerne les enfants vivant dans des conditions de logement dégradées.

#### La PMI a des atouts

Gratuité et proximité de ses services. Gratuité dans les consultations relevant des services départementaux de PMI ou prise en charge à 100% pour les 20 examens pédiatriques préventifs ou les 7 examens prénataux inscrits dans le code de la santé publique et réalisés en médecine de ville, ou encore délivrance gratuite de produits contraceptifs par ex. Existence de structures de proximité (centres de PMI, de planification et d'éducation familiale ou centres médico-sociaux dans les quartiers) et/ou intervention au sein des milieux de vie (visites à domicile, consultations itinérantes...).



#### La PMI a des atouts

Ses missions ont été conçues pour s'exercer naturellement dans le cadre de pratiques pluridisciplinaires et de partenariat, d'un travail en "réseau". L'histoire en témoigne : passage d'une conception initiale essentiellement "sanitaire" de la prévention (ordonnance de 1945) à une approche plus globale des problèmes de santé, comprenant les aspects biomédicaux, sociaux, psychologiques et culturels (loi de 1989).

Les interventions en planification familiale, en prénatal et en post-natal auprès des mêmes familles impliquent *de facto* la mise en place d'équipes pluridisciplinaires travaillant en PMI : médecins, sages-femmes, puéricultrices, psychologues, éducatrices de jeunes enfants, psychomotriciennes, conseillères conjugales, auxiliaires de puériculture, etc.

Les actions de prévention s'inscrivent aussi dans un réseau sanitaire et social qui comprend, outre les équipes de PMI, les médecins libéraux, pédiatres, gynécologues et généralistes, les personnels hospitaliers en maternité, pédiatrie et centres d'orthogénie, les sages-femmes libérales et hospitalières, les assistantes sociales, les équipes des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des centres médico psychologiques (CMP), de santé scolaire et des réseaux d'aide et de soutien aux élèves en difficulté (RASSED), les équipes de planning familial.

#### La PMI a des atouts

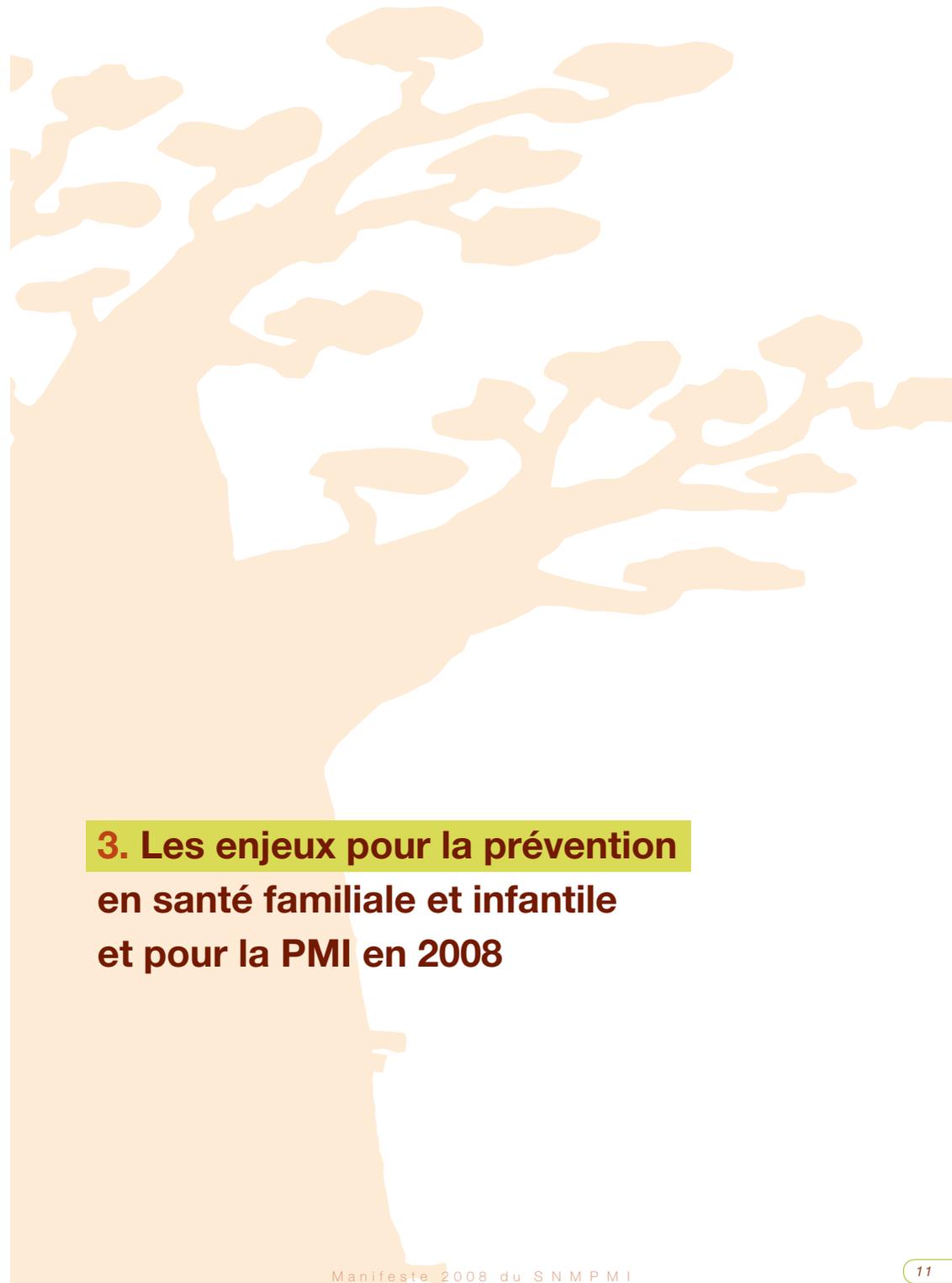
Elle est très présente auprès des enfants et des familles en difficulté. Elle est attentive à leurs demandes explicites ou implicites, sensible à leur souffrance et respectueuse de leur culture. Certains enfants naissent dans un contexte préoccupant pour la mise en place d'interrelations favorables mère, père, bébé : grossesse non suivie, violences exercées sur la mère, absence de ressources, de toit pour accueillir l'enfant, pathologie sévère affectant la mère et la rendant indisponible pour son enfant... D'autres naissent très prématurément, sont hospitalisés à la naissance, ou sont porteurs d'une maladie, d'un handicap, ces pathologies chroniques ayant des conséquences potentiellement défavorables sur leur développement et sur l'instauration d'un lien bénéfique parent enfant.

Dans tous ces cas, les équipes de PMI sont présentes sur le terrain. Elles organisent, avec l'accord de la famille, un suivi très proche. Elles soutiennent dans les moments difficiles par leurs visites à domicile, leur disponibilité au téléphone. Elles aident à franchir la porte d'une consultation spécialisée hospitalière, d'un CAMSP où elles accompagnent souvent parents et enfants.

#### La PMI a des atouts

Au-delà des dimensions institutionnelles de son action, elle s'est reconnue depuis plus de trente ans dans un mouvement d'idées s'intéressant à la psychologie clinique du développement du jeune enfant dans son cadre familial et social, portant un regard socio-anthropologique sur les pratiques familiales en santé. Les équipes de PMI s'occupent du développement global de l'enfant, prennent en compte les relations parents enfant si déterminantes pour son épanouissement, elles s'appuient sur les ressources des personnes et de leur environnement, tout en respectant leur histoire propre et leurs coutumes.

### 3. Les enjeux pour la prévention en santé familiale et infantile et pour la PMI en 2008



## Prévention, anticipation et prédiction

L'anticipation par le dépistage et la prédiction par la connaissance de l'histoire naturelle de la maladie fondent légitimement la dynamique de prévention dans le cas d'affections somatiques bien identifiées. Mais, dans le champ du développement global de l'enfant, associant les dimensions somatique, cognitive, affective, sociale, culturelle, etc., les aspects d'anticipation ou de prédiction de la prévention posent d'autres problèmes : là où « *la prédiction risque de coloniser l'avenir, l'anticipation mesurée le négocie*<sup>1</sup> ».

La prévention, conçue comme une pratique prudente d'anticipation appuyée pas à pas sur la mémoire et le vécu des enfants et de leur famille, favorise alors l'émergence de solutions qu'ils vont s'approprier. A contrario, la prédiction inscrit la prévention dans une dynamique déterministe qui corsète le regard et l'action des acteurs vers un aboutissement prédéfini. Une prévention marquée par la tendance prédictive peut enfermer patients et soignants dans des réponses inappropriées et potentiellement stigmatisantes, et peut venir paradoxalement renforcer les difficultés observées.

<sup>1</sup> Missonnier S.

*La prévention, l'anticipation et la prédiction.*  
Revue Spirale, 2007/1, n° 41, p.85-96



## Prévention, dépistage et "repérage"

Les pratiques de dépistage sont utiles et indispensables dans de nombreux domaines de la pédiatrie (par ex. les dépistages sensoriels), de la gynécologie et de l'obstétrique. Elles répondent à des méthodes validées d'examen (sensibilité et spécificité des tests) et requièrent la compétence d'équipes de professionnels de santé formées à cet effet. Tout autre, le "repérage" des difficultés d'un enfant par un parent, un enseignant,... peut contribuer à leur prise en compte. Mais il ne peut s'appuyer en aucun cas sur des "protocoles" comme les grilles d'évaluation de comportement qui fleurissent en milieu scolaire. Cette identification des difficultés de l'enfant prend au contraire appui sur l'attention que lui porte l'adulte. Le dépistage garde alors sa place de procédure médicalisée, préservant l'enfant et son entourage d'une confusion des rôles toujours préjudiciable.

Quant à la prévention, elle ne se résume pas au dépistage. En effet réduire la prévention globale au seul dépistage de risques identifiés peut priver les enfants et leur famille de supports essentiels que sont l'accompagnement et la guidance parentale face aux difficultés "habituelles" du développement. Enfin, la prévention et le dépistage ne prennent tout leur sens que si les équipes de soins compétentes sont accessibles pour la prise en charge des difficultés ou des maladies ainsi identifiées.

## Prévention, protection et promotion de la santé

Les politiques de prévention mises en œuvre par la puissance publique comportent nécessairement une composante de protection des populations. C'est le cas pour la prise en charge à 100% des vaccinations obligatoires des enfants, prévention sanitaire qui vise à protéger du fléau de certaines maladies infectieuses. Il en est de même dans le cadre du financement d'un mode d'accueil décidé pour soutenir une situation familiale particulière. La composante de protection est naturellement au premier plan avec la mise en œuvre des mesures de protection de l'enfant si celui-ci se trouve confronté à une situation de carence ou de violence susceptible de compromettre sa santé et son développement.

La promotion de la santé se situe à l'autre extrémité du spectre de la prévention. Elle s'appuie sur la participation active du sujet contrairement à la protection qui lui demeure "extérieure". L'expérience des lieux d'accueil parents-enfants, des groupes de parents se réunissant dans les structures de PMI ou des maisons vertes illustre ce travail de promotion de la santé : un cadre de rencontre non directif y laisse place à la créativité conjointe des familles et des professionnels pour élaborer chemins et traverses, à partir des expériences et des préoccupations parentales pour la santé, le bien-être et le développement de leur enfant. Cette facette de la prévention, encore insuffisamment explorée, est à développer.



De nombreux domaines de la santé et du développement de l'enfant justifient que les actions de prévention envers les jeunes enfants et leur famille s'inscrivent dans une pratique généraliste s'adressant à toute cette population (maladies infectieuses ubiquitaires et parade préventive par la vaccination, difficultés d'ajustement relationnels entre mère et bébé susceptibles de survenir dans toute famille sous l'influence de facteurs complexes incluant l'histoire personnelle, familiale et l'environnement). D'autre part, il existe certaines situations spécifiques où un groupe de population, une tranche d'âge..., sont soumis à un risque particulier pour leur santé. L'existence de ces facteurs de risque justifie alors de prendre des mesures de prévention ciblées à l'égard de ces populations (par ex. présence de peintures au plomb dégradées nécessitant des travaux palliatifs ou des mesures de soustraction au risque). En revanche le concept de "vulnérabilité" est très utilisé dans le domaine de la santé familiale, laissant entendre que certaines populations de familles sont en soi vulnérables sur le plan psychique, souvent à partir de critères sociaux défavorables. La pratique, confirmée par des études, démontre pourtant que nul ne peut être réduit à la vulnérabilité d'un moment et que les périodes ou situations de vulnérabilité - la grossesse en est une - peuvent toucher des personnes de toutes catégories sociales. En définitive, la prévention auprès du jeune enfant et de sa famille campe sur deux axes d'intervention dont aucun ne doit être sacrifié au profit de l'autre : la prévention généraliste pour tous combinée à une démarche de prévention ciblée en fonction de l'exposition à certain risques.

Le découpage prévention/soins est partiellement opérant dans le champ de la prise en charge individuelle des enfants, des femmes et des familles. On interviendra ici pour une affection aiguë qui requiert en urgence un traitement pharmacologique adapté (des antibiotiques face à une infection sévère) et là pour une difficulté transitoire du développement de l'enfant qui pourra bénéficier de mesures d'accompagnement préventif (proposition de structure d'accueil de jour souple pour aider à l'individuation de l'enfant). Cependant, dans bien des domaines de la santé et tout particulièrement en matière de périnatalité et de pédiatrie du développement, les soins comportent des dimensions préventives et curatives intriquées ou en continuum. Il en va ainsi lorsque la prise en charge curative de l'otite séreuse prévient un retard de langage lié à l'hypoacousie de transmission. De même, quand le dépistage (acte de prévention secondaire) d'un strabisme du nourrisson permet, par sa correction curative, la prévention de l'amblyopie. C'est aussi vrai lorsqu'une palette d'interventions médicales, psychologiques ou sociales apportées en réponse à des manifestations de souffrance psychologique chez

une femme enceinte apporte une aide immédiate tout en pariant sur des impacts favorisant l'établissement prochain de la relation mère-bébé. Ainsi, la limite entre soins préventifs et curatifs devient souvent floue ou s'efface pour laisser place à une conception globale de la santé de la famille et du développement de l'enfant où les effets pluriels de l'intervention professionnelle s'interprètent avec nuance dans un registre préventivo-curatif combiné.

Pour évaluer une politique ou un programme de santé, il faut vérifier si les objectifs sont bien atteints en fonction de la finalité globale recherchée. Mais les méthodes, les outils, les concepts ne seront pas superposables selon que l'on souhaite engager une évaluation dans le domaine de la prévention-dépistage, de la prévention-protection ou de la prévention-promotion de la santé. La culture médicale de l'évaluation tire essentiellement ses références du champ de l'épidémiologie, les indicateurs sont quantitatifs avant tout : mortalité infantile, mortalité périnatale, indicateurs de morbidité. L'évaluation quantitative des résultats fait la preuve de son efficacité dans les domaines où la prévention repose sur la prévisibilité de la maladie au vu des facteurs de risque qui lui sont associés par une relation de type cause à effet. Ces situations, on l'a vu, sont cependant bien loin de résumer le champ de la prévention en santé maternelle et infantile. Ainsi la dynamique du développement personnel ou familial échappe au critère de prévisibilité et les actions de prévention ne pourront pas ici s'évaluer en terme d'effets mesurables. Pour certaines d'entre elles, l'évaluation, au moyen d'indicateurs quantitatifs et/ou qualitatifs, pourra consister à vérifier que les conditions de réalisation de l'action respectent les principes directeurs qualitatifs. Lors des bilans de santé en maternelle par exemple, on peut évaluer que les objectifs consistant à instaurer un dialogue avec les parents et à valoriser l'enfant sont bien atteints. Cependant l'instauration d'indicateurs qualitatifs peut elle-même s'avérer problématique. Des phénomènes observables tels les modifications ou les "normalisations" de comportement d'enfants peuvent être érigés en but à atteindre, on perçoit là le risque d'être normatif, réducteur voir coercitif. D'autres approches de l'évaluation consistent non pas tant à évaluer un résultat final qu'à construire en marchant une dynamique, à faire émerger les problématiques, à leur donner un sens, à proposer une stratégie d'action ou un projet partagés, faisant le pari de l'intelligence collective et de la créativité collégiale des acteurs. Evaluation et prévention peuvent donc faire bon ménage, à condition que la forme de l'évaluation soit adaptée à son objet et qu'elle ne constitue pas un enjeu de pouvoir. Dans ces conditions l'évaluation permettant d'analyser le sens et le contenu de l'action sans cesser d'agir constitue un "dédoublé fécond de la personnalité professionnelle".

## 4. Le SNMPMI en action et en revendications

*Les raisons d'alerter pour l'avenir de la PMI sont donc multiples même si ses atouts demeurent vivaces, et les enjeux d'orientation pour la prévention dans les politiques publiques de santé familiale et infantile méritent, on l'a vu, l'ouverture d'un large débat.*

*Le syndicat national des médecins de PMI, acteur engagé sur le plan professionnel et dans la société, défend dans ce contexte ses orientations et ses revendications.*

Pour revivifier une politique nationale de santé de l'enfance et de la famille

**Le SNMPMI défend la création d'une instance nationale pour la promotion et la protection de la santé familiale et infantile**, commission placée auprès du ministère de la santé et organisée autour des missions suivantes : évaluation des besoins, réponses, actions (processus, effets...), impulsion des politiques nationales de santé, fixation de priorités et objectifs, mutualisation des expériences, etc. Cette instance doit être garante de l'application des textes législatifs et réglementaires relatifs à la promotion et la protection de la santé familiale et infantile et, pour cela, disposer des moyens et procédures nécessaires à son action.

Pour développer le champ d'action de la PMI à hauteur des besoins

**Le SNMPMI revendique un très large accroissement du financement de la PMI** par les pouvoirs publics nationaux et l'augmentation substantielle du niveau de participation des organismes d'assurance-maladie au financement des activités de PMI. Dans un premier temps, la participation de l'Etat doit être réindexée sur l'augmentation du coût de la vie et celle de la sécurité sociale doit intégrer non seulement les actes médicaux mais l'ensemble de l'activité individuelle et collective de prévention (par des mécanismes de prise en compte et de surcotation de tous les actes réalisés et/ou par des mesures de financement forfaitaire). Chaque nouvelle activité obligatoire décidée par le législateur et dévolue à la PMI doit aussi faire l'objet de financements supplémentaires de la part de l'Etat. Une convention nationale Etat - Assurance maladie - Assemblée des départements de France doit être établie, portant sur un financement revalorisé pour les missions de PMI exercées par les départements.

En outre les départements doivent consacrer des budgets suffisants pour remplir les missions légales de PMI qui leur sont confiées et ces budgets doivent être identifiés dans le budget global de la collectivité (en rappelant qu'une dotation relative aux dépenses de PMI est intégrée à la dotation de décentralisation depuis 1985, cf. supra).

En tout état de cause **le SNMPMI réaffirme son attachement au principe de gratuité** qui doit être maintenu pour les enfants, les familles et les jeunes bénéficiant des activités de PMI et de planification familiale.

#### Pour garantir l'effectivité de réalisation des missions de PMI sur le terrain local

**Le SNMPMI défend le maintien de normes d'activité et de personnel en PMI**, prévues par le code de la santé publique (art. R2112-5 à 7, R2112-9 et 10) pour que l'offre de service en PMI permette de répondre à l'ensemble des objectifs fixés par la loi. Ces normes ont été fixées à partir des moyennes observées dans les départements lors de la décentralisation il y a 25 ans. Alors que les missions légales des services de PMI ont sans cesse été complétées depuis lors (activités nouvelles dans le domaine des modes d'accueil individuels et collectifs, dans le champ de l'accompagnement à domicile des familles, de leur accueil suite aux sorties précoces de maternité, du suivi systématique de santé en école maternelle...), ces normes méritent d'être revisitées en considérant les normes actuelles comme un plancher.

**Le SNMPMI se prononce donc pour la réactualisation des normes** qui devraient porter sur un champ plus large d'activités (par ex. normes d'activité pour les visites à domicile des puéricultrices en post natal, pour les informations collectives des centres de planification et d'éducation familiale en établissements scolaires ou pour les bilans de santé en écoles maternelles...) avec une valorisation financière permettant leur mise en œuvre par les départements. Cette réactualisation des normes pourrait aussi prendre en compte des critères socio-démographiques afin de répondre au plus près aux besoins des populations concernées dans chaque département.

#### Pour garantir la cohérence et la coordination de la conception et de la mise en oeuvre des missions de PMI dans chaque département

**Le SNMPMI défend la pérennité de l'existence d'un service de PMI dans chaque département, de l'échelon central à celui des équipes de terrain**, garantissant l'organisation des compétences nécessaires à l'exercice des missions spécifiques de PMI et de planification familiale définies par le code de la santé publique. Celles-ci ne peuvent être assumées de manière cohérente et coordonnée que si le médecin responsable du service est en mesure pleine et entière d'assurer l'encadrement hiérarchique et technique des équipes engagées dans l'exercice des missions de PMI (dans le respect de l'art. L2112-1 du code de la santé publique). L'existence d'un service de PMI clairement identifié constitue aussi une garantie pour que les professionnels de PMI exercent leurs missions à la fois conformément aux règles de la fonction publique et à celles de la déontologie professionnelle (dans le respect, pour ce qui concerne les médecins, des dispositions du code de déontologie médicale relatives à l'indépendance professionnelle et au secret médical).

A l'occasion des réorganisations des services sociaux initiées par de nombreuses collectivités, il convient de rappeler que l'existence du service de PMI est parfaitement compatible avec la dimension d'organisation "transversale" au sein d'unités territoriales. L'objectif de promouvoir l'action pluridisciplinaire de terrain trouve sa place dans le cadre d'une articulation fonctionnelle étroite de compétences complémentaires dans le champ de la santé, de l'action sociale et de l'accompagnement éducatif. La responsabilité des professionnels sociaux, éducatifs et de santé consiste alors à gérer collégialement à chaque échelon (central et terrain) une négociation entre les enjeux spécifiques aux politiques sectorielles et les enjeux des politiques partagées de terrain.



#### Pour favoriser la promotion de la santé dans son acception la plus large

**Le SNMPMI défend une pratique de prévention généraliste qui s'adresse à toutes les familles, tous les enfants et les jeunes et prend en compte l'ensemble des besoins en santé familiale et infantile, sans être assujettie au contrôle sanitaire.**

**Le SNMPMI affirme** ainsi qu'on ne peut accepter de réduire les actions de prévention (comme par exemple l'entretien prénatal précoce ou les bilans de santé à l'école) à un objectif de dépistage des situations de maltraitance, mais qu'il convient de préserver une posture préventive ouverte et disponible aux évolutions non prévisibles du développement.

De même **le SNMPMI soutient** que la vocation des services de PMI en matière de modes d'accueil ne saurait se limiter au contrôle de police sanitaire des établissements collectifs ou des assistantes maternelles, mais que cette dimension s'inscrit dans une compétence globale d'accompagnement de la socialisation du tout petit.

Plus généralement, **le SNMPMI récuse** les tentations de cantonner les professionnels de PMI à des missions de contrôle sanitaire ou social, au nom d'impératifs essentiellement gestionnaires **et affirme** que le plein exercice des missions de PMI exige d'adopter une politique de prévention universelle et généraliste.

#### Pour préserver l'activité des professionnels de PMI située dans le champ de la santé

**Le SNMPMI s'élève contre les dérives sécuritaires des politiques actuelles de prévention en direction de l'enfance et de la jeunesse.**

**Le SNMPMI se prononce** contre la confusion des rôles et des fonctions que les lois récentes portant sur la prévention de la délinquance risquent de générer dans le cadre des activités des services de prévention en santé et dans le domaine social, en incitant de façon pressante les professionnels à informer les autorités politiques municipales de difficultés sociales ou éducatives affectant les familles.

**Le SNMPMI réaffirme** son attachement à ce que les acteurs de la santé et du social d'un côté, ceux de la justice et de la police d'un autre demeurent bien identifiés dans leurs sphères d'activités respectives et dans leurs missions spécifiques, gage de la confiance maintenue des familles envers ces diverses institutions.

**Le SNMPMI dénonce** l'atteinte portée au secret professionnel par la loi sur la prévention de la délinquance **et continuera à défendre** le secret professionnel sans lequel aucun travail de prévention n'est possible.

#### Pour favoriser une approche globale de la santé familiale et infantile

**Le SNMPMI se prononce pour une articulation étroite du dispositif de PMI avec les acteurs du système de santé dans le domaine pédiatrique et gynéco-obstétrical.**

À l'heure de la mise en place d'agences régionale de santé, **le SNMPMI demande** que les futurs pôles de prévention des ARS prennent en compte et intègrent l'articulation des activités exercées par les services départementaux de PMI avec les activités de soins et de prévention de la médecine de ville et hospitalière relevant du même domaine. Cette coordination favoriserait une meilleure intégration des soins préventifs et curatifs et des politiques de santé publique, et pourrait contribuer à corriger les disparités des politiques de PMI entre les différents départements d'une même région.

Concernant les projets d'extension des attributions de la PMI pour les enfants au-delà de 6 ans, évoqués par certains responsables politiques ou administratifs, **le SNMPMI estime** à l'heure actuelle que le périmètre d'action présent de la PMI doit être conservé. La priorité absolue de l'heure consiste à combler les écarts territoriaux et assurer l'égal accès de la population aux

services proposés par la PMI, dans son cadre actuel. La question posée de l'insuffisance des dispositifs de soins préventifs pour les enfants au-delà de 6 ans, dans leurs divers milieux de vie, mérite une réflexion associant l'ensemble des partenaires concernés (PMI, santé scolaire, libéraux, hospitaliers, pédopsychiatrie, autres professionnels impliqués auprès des enfants, parents,...), pour y remédier. Celle-ci portera sur : les objectifs d'un tel dispositif, ses moyens, son organisation, ses articulations avec l'existant, etc. Cela étant, alors qu'une partie déterminante de la vie sociale de l'enfant se déroule à l'école, son bien-être dans ce milieu est un des objectifs qui légitime une politique de promotion de la santé dédiée à la vie dans l'institution scolaire. C'est pourquoi, l'existence de services et professionnels de santé scolaire doit être maintenue, assurant la prise en compte spécifique des interactions entre santé de l'enfant et conditions de vie en milieu scolaire. Les réponses qui seraient apportées, en terme d'amélioration des dispositifs de soins préventifs pour les enfants au-delà de 6 ans, se situeraient alors non en substitution à l'activité de la santé scolaire, mais institueraient une coopération entre acteurs de santé préventive, renforçant la capacité à prendre en compte et apporter des réponses aux problématiques de santé de ces enfants.

#### Pour maintenir et développer le recrutement pluridisciplinaire dont la PMI a besoin

**Le SNMPMI revendique que les statuts et rémunérations des professionnels de PMI exerçant leurs missions de prévention et de santé publique soient mis à parité avec les statuts publics équivalents dans la filière de soins.**

**Le SNMPMI revendique** immédiatement a minima l'alignement du statut des médecins de PMI (médecins territoriaux) sur le statut des médecins inspecteurs de santé publique (alignement désormais soutenu par le Conseil supérieur de la fonction publique territoriale, par la mission IGAS sur la PMI, par la rapporteure de la loi sur la protection de l'enfance, par la défenseure des enfants et par la présidente de la Société française de pédiatrie, sans compter l'ensemble des syndicats de fonctionnaires siégeant au CSFPT, cf. *tableau page suivante*).

D'autre part, **le SNMPMI revendique** l'établissement d'une carrière linéaire, du grade de médecin territorial de 2<sup>ème</sup> classe à celui de médecin hors-classe, par la suppression des ratios d'avancement de grade qui morcellent le statut et la progression de carrière en autant de cas de figures que de collectivités. Le SNMPMI exige la fixation à 100% des ratios d'avancement de grade par chaque collectivité locale, dans l'attente de leur suppression.

**DÉFENSEURE DES ENFANTS, RAPPORT 2002 (p. 141) :**

« La mise en oeuvre de la réorganisation de la pédiatrie, de la protection maternelle et infantile, de la médecine scolaire, de l'accueil et des soins à l'hôpital demanderait : une augmentation sensible du numerus clausus en matière de pédiatrie et pédopsychiatrie, une révision de la formation des pédiatres, une révision de la formation des médecins scolaires ainsi qu'une revalorisation du statut et de la rémunération des personnels médicaux et non médicaux de la PMI et de la médecine scolaire. »

**CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE, LES FILIÈRES SOCIALE, MÉDICO-SOCIALE, MÉDICO-TECHNIQUE, RAPPORT ADOPTÉ LE 19/10/2005 (p. 41) :**

« Le statut des médecins territoriaux devrait être aligné au moins sur celui des Médecins Inspecteurs de santé publique avec trois grades allant de l'indice brut 528 à la Hors Echelle C, leur situation ayant été comparable pendant des années. Il faudra par la suite envisager l'alignement sur les médecins de la FPH.  
Le quota pour passer Médecin Hors Classe devrait être supprimé. »

**RAPPORT DE MISSION SUR L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT, 28/10/2006, PROFESSEUR DANIELLE SOMMELET, PRÉSIDENTE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PÉDIATRIE**

(p. 326) :

« les difficultés de recrutement des médecins de PMI s'expliquent par : la très faible attractivité financière, un profil d'évolution de carrière très limité »

(p. 331) :

« Recommandations : (...) 4- Reconnaître aux médecins de PMI un statut en santé publique »

**INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, ETUDE SUR LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE EN FRANCE RAPPORT DE SYNTHÈSE, RAPPORT N°RM2006-163P NOVEMBRE 2006 (p. 46-47) :**

« S'agissant des médecins de PMI, il est souhaitable que soit résorbé le décalage qui s'est créé à partir de 2000 avec les médecins inspecteurs de santé publique (MISP). Pour l'avenir, un effort de rapprochement de leur statut avec celui des praticiens hospitaliers est souhaitable. Les travaux menés au sein du ministère de la santé dans le cadre du projet de création d'un cadre d'emploi de "praticiens de santé publique" commun aux praticiens hospitaliers et aux médecins inspecteurs de santé publique (MISP) devraient intégrer la situation des médecins de PMI. Si ces travaux n'aboutissaient pas dans des délais raisonnables, il serait nécessaire de poursuivre l'amélioration des déroulements de carrière en transposant les dispositions statutaires mises en place pour les MISP en 2000 aux médecins territoriaux (...) »

**ASSEMBLÉE NATIONALE, RAPPORT N° 3256 DU 13/07/2006 SUR LE PROJET DE LOI (N°3184) RÉFORMANT LA PROTECTION DE L'ENFANCE, PAR MME V. PÉCRESSE (p. 39) :**

« La rapporteure souhaiterait aussi que la question du statut des médecins de PMI fasse l'objet d'un examen attentif alors que les difficultés de recrutement sont patentes. La nécessité de faire évoluer ce statut se pose d'autant plus que, comme l'a souligné le Conseil supérieur de la fonction publique territoriale lors de sa séance du 19 octobre 2005 consacrée au cadre d'emploi des médecins territoriaux (catégorie plus large que les médecins de PMI), 50 % des médecins en fonction ont plus de 55 ans.

Le problème du remplacement de ces médecins, qui vont prochainement partir en retraite, sera d'autant plus crucial que les disparités de rémunération seront maintenues avec les médecins inspecteurs de la santé publique alors que les responsabilités exercées sont équivalentes. »

**Le SNMPMI revendique** l'attribution par toutes les collectivités aux médecins territoriaux du régime indemnitaire de référence au plan réglementaire, à savoir les indemnités spéciales et de technicité des médecins inspecteurs de santé publique.

**Le SNMPMI revendique** la priorité donnée au recrutement de professionnels titulaires de la fonction publique, et la titularisation des non-titulaires (souvent embauchés par certaines collectivités sous la dénomination induite de "vacataires").

**Le SNMPMI revendique** pour les non-titulaires l'application des dispositions statutaires les plus favorables : contrats de 3 ans renouvelables ; rémunérations prenant en compte l'ancienneté d'exercice de la profession, l'expérience et les diplômes en référence aux dispositions applicables aux titulaires ; respect des dispositions du décret n°88-145 relatif aux agents non-titulaires de la fonction publique territoriale ; attribution du régime indemnitaire de référence ; facilités pour la préparation des concours, etc. ; augmentation du taux horaire pour les médecins rémunérés à la vacation, en référence au taux en vigueur pour leurs homologues exerçant dans les centres municipaux de santé.

**Le SNMPMI revendique**, pour les médecins généralistes exerçant en PMI, un accès à une spécialité adaptée à leur secteur d'activité pour corriger la carence actuelle du dispositif de qualification.

**Le SNMPMI revendique** l'intégration du régime indemnitaire dans le traitement pour le calcul des pensions de retraite. **S'agissant du dossier des retraites**, le SNMPMI refuse l'augmentation de la durée d'assurance au-delà des 40 annuités et revendique la prise en compte intégrale des années d'études et d'exercice comme non-titulaire pour le calcul de la pension CNRACL.



**Pour préserver et développer les compétences des professionnels de PMI**

**Le SNMPMI défend la mise en place d'un dispositif de formation d'intégration** et de professionnalisation au moment de la titularisation **puis d'un dispositif de formation médicale continue (FMC)** et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) **adaptés à la pratique des médecins de PMI**, sur le triple plan de ses facettes cliniques, administratives et de santé publique.

**Le SNMPMI demande** aux collectivités employeurs des médecins de PMI de respecter leurs obligations en matière de formation en dégageant le temps nécessaire et en assurant le financement de la formation médicale continue des médecins titulaires et non titulaires. En particulier le SNMPMI demande que les collectivités respectent dans toute son étendue la disposition du statut des médecins territoriaux (art. 17) qui indique qu'ils doivent consacrer 10% de leur temps de travail à la mise à jour de leurs connaissances médicales.

**Le SNMPMI se prononce** pour le maintien d'un dispositif de FMC dont l'organisation demeure sous le contrôle des pairs, avec une représentation de toute la profession (syndicats médicaux, sociétés savantes, associations de formation, université,...), afin de garantir sa qualité et son adéquation aux besoins des professionnels de terrain.

**Pour que le dispositif de PMI joue tout son rôle de prévention dans le cadre du système de soins et de la société**

**Le SNMPMI affirme que le système de santé solidaire et les services publics doivent être préservés et renforcés.**

**Le SNMPMI soutient** les mobilisations pour promouvoir l'égal accès aux soins pour tous : abrogation des franchises médicales en ville et à l'hôpital, prise en charge socialisée des soins quelle que soit la situation administrative, remise en cause des dépassements d'honoraires, etc.

**Le SNMPMI soutient** les mobilisations en défense de l'hôpital public afin qu'il continue à répondre aux besoins sociaux de santé et ne se transforme pas en hôpital entreprise, et appuie les mouvements pour le maintien d'hôpitaux de proximité contre la désertification sanitaire.

**Le SNMPMI demande** aux pouvoirs publics un plan d'urgence pour inverser le déclin démographique des professions de santé, en particulier dans les domaines de la pédiatrie, de la petite enfance, de la psychologie, de la psychiatrie et pédopsychiatrie, de la gynécologie et de l'obstétrique...

**Le SNMPMI demande** aux pouvoirs publics une relance massive des moyens pour le développement des intersecteurs de pédopsychiatrie, des centres d'action médico-sociale précoce et des structures de prise en charge des enfants handicapés, de la santé scolaire et des réseaux d'aide et de soutien aux élèves en difficulté, des centres de planification et d'éducation familiale.

**Le SNMPMI demande** plus largement aux pouvoirs publics, pour soutenir le développement familial et social, de favoriser la généralisation de modes d'accueil de qualité et accessibles à toutes les familles, et l'essor de services sociaux en soutien aux familles les plus en difficulté.

**Le SNMPMI soutient** le développement d'actions et de programmes publics portant sur les déterminants généraux de santé (amélioration des conditions de travail, de logement, d'environnement...).

**Pour que les conditions d'existence des enfants et des familles soient favorables à leur santé et leur épanouissement**

**Le SNMPMI exprime sa solidarité et participe à des mobilisations touchant au champ de l'enfance et de la famille, de la santé, du droit des femmes, des droits sociaux, des droits de l'Homme...**

**Le SNMPMI considère** que les besoins primordiaux des personnes et des familles (logement, travail, protection sociale...) sont le support de tout développement personnel et constituent des déterminants essentiels de la bonne santé. C'est pourquoi **le SNMPMI rejoint et soutient** les mouvements qui se mobilisent pour défendre des droits humains fondamentaux conformément à la convention internationale des droits de l'enfant et à la déclaration universelle des droits de l'Homme : droit au logement, au travail, accès aux soins et à la protection sociale pour tous quelle que soit la situation administrative, droit de vivre en famille et droit d'obtenir des papiers, égalité des droits entre français et étrangers, droit à l'intimité de la vie privée et à la protection des personnes à l'égard des traitements informatiques de données à caractère personnel, défense des droits des femmes notamment à la contraception et l'IVG et contre toutes les violences et discriminations, protection de l'environnement, défense des droits des enfants et protection contre les violences qu'elles proviennent de la société ou de la famille, défense des droits de l'Homme dans tous les pays.



## Le SNMPMI en action

### Plate-forme revendicative résumée



**Pour revivifier** une politique nationale de santé de l'enfance et de la famille

. **Le SNMPMI défend la création d'une instance nationale pour la promotion et la protection de la santé familiale et infantile.**

**Pour développer** le champ d'action de la PMI à hauteur des besoins

. **Le SNMPMI revendique un très large accroissement du financement de la PMI et réaffirme son attachement au principe de gratuité.**

**Pour garantir** l'effectivité de réalisation des missions de PMI sur le terrain local

. **Le SNMPMI défend le maintien de normes d'activité et de personnel en PMI et se prononce pour leur réactualisation, en considérant les normes actuelles comme un plancher.**

**Pour garantir la cohérence et la coordination** de la conception et de la mise en oeuvre des missions de PMI dans chaque département

. **Le SNMPMI défend la pérennité de l'existence d'un service de PMI dans chaque département, de l'échelon central à celui des équipes de terrain.**

**Pour favoriser** la promotion de la santé dans son acception la plus large

. **Le SNMPMI défend une pratique de prévention généraliste qui s'adresse à toutes les familles, tous les enfants et les jeunes et prend en compte l'ensemble des besoins en santé familiale et infantile, sans être assujettie au contrôle sanitaire.**

Pour préserver l'activité des professionnels de PMI située dans le champ de la santé

- Le SNMPMI s'élève contre les dérives sécuritaires des politiques actuelles de prévention en direction de l'enfance et de la jeunesse.

Pour favoriser une approche globale de la santé familiale et infantile

- Le SNMPMI se prononce pour une articulation étroite du dispositif de PMI avec les acteurs du système de santé dans le domaine pédiatrique et gynéco-obstétrical.

Pour maintenir et développer le recrutement pluridisciplinaire dont la PMI a besoin

- Le SNMPMI revendique que les statuts et rémunérations des professionnels de PMI exerçant leurs missions de prévention et de santé publique soient mis à parité avec les statuts publics équivalents dans la filière de soins.

Pour préserver et développer les compétences des professionnels de PMI

- Le SNMPMI défend la mise en place d'un dispositif de formation d'intégration puis d'un dispositif de formation médicale continue adaptés à la pratique des médecins de PMI.

Pour que le dispositif de PMI

joue tout son rôle de prévention dans le cadre du système de soins et de la société

- Le SNMPMI affirme que le système de santé solidaire et les services publics doivent être préservés et renforcés.

Pour que les conditions d'existence

des enfants et des familles soient favorables à leur santé et leur épanouissement

- Le SNMPMI exprime sa solidarité et participe à des mobilisations touchant au champ de l'enfance et de la famille, de la santé, du droit des femmes, des droits sociaux, des droits de l'Homme...



Pour prendre contact, pour adhérer au SNMPMI, rendez-vous sur [www.snmpmi.org](http://www.snmpmi.org) rubrique "Connaître le SNMPMI - Adhérer".



**S N M P M I**

Syndicat National des Médecins de  
Protection Maternelle et Infantile

65/67 Rue d'Amsterdam - 75008 PARIS  
Tél. 01 40 23 04 10 / Fax 01 40 23 03 12  
contact@snmpmi.org