

## ANNEXE 3

<p style="text-align: center;"><b>Eléments d'analyse critique du rapport de synthèse de l'IGAS intitulé « Etude sur la protection maternelle et infantile en France »</b></p>
---

### ❖ *La commande :*

L'étude répond à une commande ministérielle qui délimite le périmètre de la réponse.

La commande (cf. lettre de mission passée à l'IGAS) porte sur :

- 1 - la nécessité de proposer des préconisations opérationnelles à intégrer dans la loi de protection de l'enfance,
- 2 - la nécessité de s'interroger sur la pertinence de la formulation des normes réglementaires et sur les moyens à mettre en œuvre pour qu'elles soient respectées
- 3 - la possibilité de revoir la finalité et le cadre de la politique de PMI pour assurer l'accessibilité la plus large possible à la santé des assurés sociaux ou des bénéficiaires de la CMU.

Dans cette lettre la « politique de la PMI » est celle conduite par les départements, il n'y a pas de demande d'analyse du dispositif de la PMI dans sa globalité.

La porte d'entrée est d'abord celle des aspects organisationnels et d'activité des services départementaux et non celle d'une interrogation de fond et globale portant sur les droits des enfants et de leur famille dans l'accès aux soins de santé préventifs, aux soins de santé primaires, ni celle des besoins liés aux inégalités de santé que génèrent notamment les conditions de vie des enfants.

D'emblée l'IGAS dispose donc d'un espace restreint pour interroger la politique nationale en matière de Santé maternelle et infantile.

En résumé, la question évaluative posée oriente vers une forme de réponse en terme de « panier de soins préventifs » dont les bienfaits disponibles en quantité limitée seront réservés surtout à certaines catégories de bénéficiaires tels que « les populations en situation de vulnérabilité psychosociale », ce risque étant associé à celui de risque de danger ou de maltraitance.

### ❖ *Le diagnostic posé :*

Ce **diagnostic posé de la situation des services de PMI** est basé sur les rencontres dans les quatre départements rencontrés et en cela il est fidèle à la réalité.

Description de la contribution de la PMI à la promotion de la santé : proportion de la population touchée, diversité des missions, « valeur ajoutée » qualitative de la PMI : son accessibilité notamment dans les zones déshéritées ou rurales, approche globale et holistique de la santé, place accordée à la personne se traduisant par des temps de consultation important en planification comme en consultation infantile, place dans les dispositifs partenariaux.

Description de l'inégale répartition territoriale et du positionnement complexe des services entre le sanitaire et le social, recul important du co-financement par l'assurance maladie, déficit de pilotage des services.

Au regard de ce qui a été dit plus haut, il convient de **souligner ce que ce diagnostic ne contient pas : le diagnostic ne porte pas sur le dispositif « PMI » et les objectifs qu'une**

**politique nationale lui assignerait dans sa globalité.** Le diagnostic ne contient aucun d'élément de réflexion relatif à la politique nationale de promotion de la santé de la mère et de l'enfant. Quel statut accorder aux soins de santé primaires, soins préventifs et soins curatifs de premiers recours, quelle accessibilité est souhaitée pour toute la population, comment penser l'articulation des soins et de la prévention ?

Bien qu'ayant identifié un problème dans l'articulation des services départementaux avec les autres contributeurs au dispositif : Etat, Caisses d'assurance maladie, instances de gouvernance régionales, le rapport ne l'analyse qu'insuffisamment. Il ne s'interroge pas vraiment sur ce qui a conduit à ce lent désinvestissement des institutions pour un dispositif qui pourtant a fait l'originalité et le succès du système français

Le diagnostic posé par l'IGAS reste partiel et limite forcément la portée des préconisations qui en découlent.

❖ *Les recommandations :*

Des recommandations sont formulées en direction des départements et en direction des décideurs nationaux.

**1. en direction des départements :**

- « **Définir des objectifs dans les schémas départementaux** »

Cette nécessité est presque un lieu commun : si cela est insuffisamment réalisé dans les départements, peut-être est-ce lié à l'absence de possibilité de mise en perspective de ces objectifs en référence à un cadre national actualisé .

- « **Intensifier les actions en direction de certaines populations** : groupes en situation de précarité ou de pauvreté, personnes en situation de vulnérabilité, notamment psycho-sociale»

Cette préconisation n'est pas une conséquence du diagnostic qui indique clairement que les services sont déjà fortement centrés sur ces publics du fait de leur accessibilité et de leur implantation en proximité.

Elle est en opposition avec le constat posé par la mission IGAS selon lequel la PMI peut toucher ces populations parce qu'elle garde une vocation universelle et donc non stigmatisante

*Le SNMPMI considère que cette orientation est de nature à conforter un système de filière différenciée selon les catégories de population. Le système de soins dans sa globalité doit adapter ses réponses pour mieux prendre en compte les besoins de cette population, le rôle de la PMI doit évidemment être conforté, reconnu et valorisé en conséquence et les professionnels libéraux incités à travailler en lien avec les services de PMI au sein d'un dispositif de PMI partagé.*

*L'expérience des personnels de terrain met en évidence que l'application de cette préconisation serait forcément contre-productive et conduirait à développer des stratégies d'évitement par les populations les plus en souffrance. Les ASH du 8 décembre 2006 titraient : « Protection de l'Enfance : recentrer la PMI sur les publics vulnérables » illustrant l'écho que de telles préconisations- non encore publiques à l'époque- rencontrent. Sur la*

*notion de populations en situation de vulnérabilité, se reporter à notre analyse critique développée à l'annexe 4 du document d'orientation.*

*L'utilisation d'indicateurs systématiques pour affiner le ciblage des actions n'est pas une préconisation de nature à conforter la solidarité nationale, ni surtout à remporter l'adhésion des usagers. Cette démarche conduisant à promouvoir des attitudes normatives itératives dont on connaît le peu de succès est à l'opposé d'une démarche pariant sur la capacité des usagers à vouloir préserver et développer eux-mêmes leur potentiel de santé.*

*L'atteinte des objectifs au moyen d'indicateurs de santé ne peut constituer l'unique instrument de mesure du progrès. Cela revient à confondre les indicateurs de santé avec la santé elle-même, l'efficience avec l'impact .*

*Il est urgent de considérer les actions de prévention comme un investissement pour les générations à venir et pas uniquement comme une dépense que l'on se satisfait de bien gérer dans le présent.*

- **« un investissement renforcé sur les actions de prévention précoce et de dépistage »**

L'IGAS explicite cette préconisation en indiquant que les services de PMI doivent développer plus d'actions collectives (soutien parentalité, santé des jeunes), proposer systématiquement « un entretien de bilan psychosocial au 4<sup>ème</sup> mois de grossesse », généraliser le bilan des 3-4 ans.

*Au-delà des mesures précises proposées, le risque inhérent à ces préconisations est de n'envisager les mesures de prévention, lors de l'entretien du 4<sup>ème</sup> mois ou du bilan des 3-4 ans, que dans une optique stricte de dépistage de tel ou tel risque. Le SNMPMI réaffirme que le dépistage constitue un des éléments indispensable de la démarche de prévention mais que celle-ci ne s'y réduit pas. Le dépistage est déterminé par le repérage de tel facteur de risque auquel est exposé la personne ou de telle anomalie qui l'affecte. La démarche de prévention doit rester plus largement ouverte sur les préoccupations de santé exprimées par l'enfant, les parents, et n'est pas prédéterminée par la perception d'un risque de la part du professionnel. La dialectique entre une pratique de dépistage ciblé et de prévention ouverte est fondamentale pour l'efficacité et l'éthique de la promotion de la santé.*

- **« la généralisation du bilan de 3-4 ans »**

Cette préconisation ne tient pas compte du dispositif des 20 examens systématiques au titre de l'assurance maternité existant déjà : ce bilan vient-il en plus du dispositif ou l'intègre-t-il ? Une contribution des pédiatres libéraux pourrait s'ajouter à l'effort existant et constituer une occasion de partenariat dans un objectif commun.

Cette préconisation ne prend pas suffisamment en compte la réalité des pratiques : pour des raisons de santé publique et en l'absence de directives nationales 51% des départements ont opté pour un bilan en moyenne section d'école maternelle c'est-à-dire pour l'enfant de 4 à 5 ans (enquête 2006 auprès des médecins départementaux de PMI à propos du dépistage des difficultés de langage , résultat sur 60 réponses )

*Le SNMPMI considère que la pratique de bilan de santé systématique en école maternelle est une bonne mesure si toute fois elle entre clairement dans le dispositif PMI et son financement au titre des 20 examens systématiques du jeune enfant A ce titre sa finalité de santé globale dépasse très largement le champ plus restreint qu'implique son inscription dans une Loi relative à la protection de l'enfance .*

- **« L'entretien psychosocial systématique au 4<sup>ème</sup> mois de grossesse »**

Les ratés autour de la compréhension du sens de cette mesure sont emblématiques du déni entourant désormais le dispositif de PMI.

Ni le plan périnatalité 2005-2007 qui en fait un acte systématiquement proposé mais réalisé par le secteur hospitalier ou libéral, ni à fortiori la loi de protection de l'enfance qui lui confère un caractère systématique dans le sens d'obligatoire et le réduit au champ psychosocial n'est pertinent. Cette dernière mesure accroît l'incompréhension du rôle des services de PMI en leur confiant de surcroît la seule mission explicite d'en assurer les suites. Le SNMPMI s'est exprimé, avec de nombreuses autres associations de professionnels dans le domaine de la périnatalité, de la santé, de la petite enfance sur le caractère réducteur et contre-productif d'un « entretien systématique psycho-social au 4<sup>ème</sup> mois de grossesse » (cf. document annexé au texte d'orientation).

*Le SNMPMI considère que dans l'esprit des recommandations formulées sous la direction de F Molénat, cet entretien prénatal précocement systématiquement proposé, se doit d'intégrer le dispositif PMI au titre de l'assurance maternité comme les sept examens prénataux et pouvoir être réalisé par l'ensemble des acteurs de la périnatalité selon le choix de la femme tant pour sa réalisation que pour la gestion des suites qu'il induit. La mise en place des réseaux locaux est de nature à offrir un cadre de partenariat adapté en ce sens.*

- **« y adjoindre une mission supplémentaire de suivis des prises en charge préconisées. »**

« dans ce cadre renforcer les réseaux en périnatalité et créer des réseaux pour assurer le suivi des enfants avec une rémunération des actes par les prestations dérogatoires des réseaux

(...) de recruter au sein des services de PMI des personnels nécessaires pour assurer ou initier le suivi : psychologues, psychomotriciens, voire orthophonistes ou des orthoptistes... »

*Ces réseaux généralement pensés pour un meilleur suivi des conséquences de la pathologie néonatale et de la prématurité risquent paradoxalement de focaliser l'attention exclusivement sur des enfants dont le risque est connu et souvent déjà suivis et de laisser de côté toute la partie des handicaps se révélant progressivement au cours de la petite enfance et dont l'origine n'est pas à relier à la période périnatale. (environ 50% selon l'expertise de l'INSERM 2004) C'est pourquoi la mise en place des réseaux de suivi des enfants exposés à des facteurs de vulnérabilité devrait prendre appui sur le dispositif de suivi généraliste existant en le développant et ne pas constituer un dispositif additionnel et développé à partir des seuls services de néonatalogie.*

*(Avis à soumettre à l'expertise de Y Gauthier et de Christine Bellas-Cabane à partir de leur expérience des CAMSP)*

*La préconisation de renforcer les équipes de PMI par d'autres types de professionnels pour renforcer le suivi de enfants apparaît en complète contradiction avec la suppression de normes de qualification proposées plus loin. La préconisation n'est assortie d'aucune indication sur les sources de financement d'une telle mesure.*

- **« Le désengagement de la PMI par rapport à la mission de suivi des assistantes maternelles »**

*Quel autre service au sein des Conseils Généraux serait en meilleure posture pour assurer un suivi des modes de garde et parmi ceux-ci des assistantes maternelles ? Rien n'interdit aux services de PMI de se doter d'assistants sociaux ou d'éducateurs de jeunes enfants ou toute autre profession adaptée pour l'aider dans cette tâche, d'individualiser un service spécialisé sur cette question. La préconisation n'apporte pas une réponse à cette charge de travail mais se limite à amoindrir les missions du service de PMI, seul service spécifiquement dédié à la petite enfance au sein des Conseil Généraux.*

- **« L'amélioration du pilotage et de l'animation des services de PMI »**

La mission a visité 5 départements, comment peut-elle avoir une approche un tant soit peu exhaustive de ce qui se fait en matière « d'études épidémiologiques, de suivi de l'activité » ? En ce qui concerne la proposition de « mise en place d'indicateurs pour suivre la performance », l'IGAS les définit comme la mesure de « l'impact sur la santé et le développement des personnes bénéficiaires ou de niveaux recherchés en terme de qualité de service et d'efficience » (cf. p. 31 de l'étude).

*Le SNMPMI ne peut que déplorer l'absence d'études impulsées sur un plan national pour mieux évaluer un certain nombre de mesures ou de dispositifs. Le SNMPMI rappelle que, hormis certaines activités reposant sur des indicateurs aisément quantifiables (taux de vaccinations, évolution des taux de plombémie dans une population donnée, etc.), s'agissant de l'évaluation de l'impact global d'une activité aussi complexe que la prévention en santé maternelle et infantile, le seul recours aux études épidémiologiques ne peut produire que des résultats parcellaires, qu'il faut confronter à d'autres approches évaluatives, notamment à partir des outils de recherches en sciences humaines. Plus fondamentalement, l'intrication très forte de déterminants multiples agissant sur la prévention des problèmes de santé, au titre desquels l'impact des services préventifs de santé n'est qu'une composante parmi d'autres, rend difficile de mesurer la part d'imputabilité de tel ou tel résultat à la « performance » desdits services.*

*On peut donc craindre que la préconisation de l'IGAS ne débouche sur des mesures d'évaluation réductrices à partir d'indicateurs partiels prétendant mesurer la performance des services de PMI.*

- **« La renégociation des conventions qui lient dans chaque département les services de PMI à l'assurance-maladie »**

Cette préconisation est à mettre en lien avec celle évoquée plus loin d'une convention cadre ADF-UNCAM.

*Il faudrait recenser l'ensemble des activités justifiant d'une participation financière de l'assurance-maladie, dans l'esprit indiqué ci-dessous. En particulier, insister sur la non pertinence d'une approche limitée au seul remboursement d'actes, compte-tenu de l'approche globale que pratiquent les équipes de PMI, intégrant étroitement le travail clinique individuel et les activités collectives de prévention.*

## **2. Les préconisations en direction des décideurs nationaux**

- « **La définitions d'objectifs se substituant aux normes** »

Cf. texte de MCC « Rénover le cadre normatif en PMI » (annexe 6).

- « **L'inscription dans la loi de la nouvelle mission de la PMI : accompagnement des suites des dépistages et de l'entretien du 4<sup>ème</sup> mois** »

Cf. plus haut pour l'entretien

*Pour ce qui est des suites des dépistages il y a un accord pour considérer qu'un meilleur suivi se doit d'être mis en œuvre mais ceci dépend assez largement d'une volonté politique d'impliquer aussi le secteur libéral et l'ensemble des acteurs de santé dans leur contribution à la santé publique et ne peut reposer sur les seuls services de PMI.*

- « **La mise en place d'un conseil national de l'enfance** »

*S'agissant de mettre en place une politique de santé publique en matière de promotion de la santé de la mère et de l'enfant, la dénomination de ce conseil doit y faire référence :*

*En effet la dénomination proposée par l'IGAS laisse persister l'ambiguïté avec la notion de protection de l'enfance comme l'a précisément montré l'inscription des mesures de santé dans la loi relative à la protection de l'enfance entendue dans le champ social du danger et de la maltraitance.*

*Le SNMPMI préconise la dénomination : « Conseil national de la santé de la famille et de l'enfance » en référence à la deuxième partie du code de la santé publique. Logiquement le champ de la périnatalité devrait intégrer ce conseil et non constituer une instance séparée. Ceci serait de nature à éviter les inconvénients résultant de l'empilement des dispositifs de d'élaboration des politiques publiques de santé rendant problématique l'implication réelle des acteurs.*

- « **La mise en place d'une convention cadre entre l'ADF et l'UNCAM** »

*Le SNMPMI est favorable à cette préconisation sous réserve que cette convention ne se limite pas à une convention de financement mais se réfère précisément aux finalités de santé publique poursuivies conjointement.*

- « **Un engagement des institutions nationales pour aider les départements sur le plan de la qualité : référentiels de l'HAS, outils de l'INPES** »

*Cette préconisation renvoie à une appréciation plus générale sur le rôle d'organismes comme l'HAS, qu'on ne peut traiter dans le cadre de ce document.*

*Le SNMPMI tient seulement à rappeler que les référentiels seront d'autant plus appropriés par les acteurs de terrain qu'ils éviteront les écueils d'approches trop dogmatiques ou réductrices. Cela concerne au premier chef les domaines de la prévention généraliste qui, en santé familiale et infantile englobe des thématiques qu'on ne peut résumer à la seule approche médicale mais qui se situent au carrefour du social, de l'éducatif, du psychologique, du médical, du culturel, etc : allaitement, difficultés dans le développement intellectuel et affectif de l'enfant, par exemple.*