

PROMOTION DE LA SANTÉ FAMILIALE ET INFANTILE 1945-2005 témoins et acteurs pour une étape nouvelle



JOURNÉE DE RÉFLEXION ET DE MOBILISATION JEUDI 3 NOVEMBRE 2005 AU CEDIAS

Musée social - 5 rue Las Cases - 75007 PARIS

ARGUMENTAIRE



La politique de Protection maternelle et infantile ("PMI") a évolué depuis 1945, en fonction des besoins prioritaires tant de la Nation que de la population aspirant à des mesures nouvelles. Ce mouvement a été rendu possible grâce aux progrès médicaux, sociaux, culturels, techniques... qui ont permis d'apporter des réponses nouvelles aux problématiques de santé émergeant au cours du temps.

Les services départementaux de PMI ont été un des moyens mis en place dès 1945 pour servir de base logistique à la politique et aux mesures nouvelles prises. Service public, services de proximité, ces services ont permis de contribuer de manière importante à l'amélioration de la santé maternelle et infantile, dès les années 50. Un élan nouveau a été donné avec la création en 1964, des Directions départementales des Actions Sanitaires et Sociales (DDASS) ayant mission de coordonner l'ensemble des services engagés en ce domaine. Des réformes administratives importantes ont été ensuite effectuées avec la création du service social polyvalent de secteur auquel ont été confiées des missions nouvelles ainsi qu'un service départemental de PMI ayant pour mission d'être un moyen logistique important, comme par exemple dans la réalisation des mesures prises par les plans Périnatalité de 1970 et de 1975. C'est ainsi que l'ensemble de ces services de proximité ont contribué de manière importante à l'amélioration de la santé maternelle, périnatale et infantile, et ont impulsé des démarches participatives d'éducation pour la santé, d'accompagnement familial, et de travail de lien social et de réseaux.

Après une période très tonique dans les années 1980-94, suite aux lois de décentralisation et aux combats menés, un nouveau cadre législatif a été voté en 1989 (loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 relative à la "promotion et la protection de la santé de la famille et de l'enfance") et d'importants décrets d'application pris en 1992. Ce cadre légal, bien que perfectible, a permis

À L'INITIATIVE DE...

Association nationale
des puéricultrices diplômées
et des étudiantes,
Association nationale
des sages-femmes territoriales,
CFDT Fédération Interco,
CGT Fédération
des services publics,
FO Fédération des personnels
des services des départements
et des régions,
Snu-clias-FSU,
SUD Fédérations santé-sociaux
et collectivités locales,
Syndicat national
des médecins de PMI.





¹ Caractéristiques actuelles des dispositifs de PMI dans leur déclinaison la plus favorable :

- Implication de divers acteurs : État, collectivités locales, organismes de sécurité sociale (Art. L.2111-1 du code de la santé publique), définition légale des missions (Art. L. 2111-1 à 3 et L. 2112-1 à 6 du code de la santé publique).
- Approche globale des problèmes de santé (aspects biomédicaux, sociaux, psychologiques...).
- Dimension essentielle de prévention et promotion de la santé, action sur les déterminants de santé, intervention dans les milieux de vie (la cité, la famille), notion de continuum soins préventifs-soins curatifs.
- Articulation étroite d'actions médico-sociales de terrain (consultations, visites à domicile, accueils...) et d'activités programmées de santé publique (action sur les "facteurs de risque", éducation pour la santé, réseaux, santé communautaire...).
- Activité en population générale (familles, enfance, jeunesse) et actions contextuelles ciblées.
- Accessibilité : gratuité, structures de proximité et/ou intervention au sein des milieux de vie.
- Développement de pratiques de pluridisciplinarité et de partenariat, travail en réseau.

d'impulser une dynamique nouvelle et a posé les bases pour promouvoir dans chaque département une véritable politique de protection et de promotion de la santé de la famille et de l'enfance adaptée aux réalités locales mais en lien avec une politique nationale cohérente¹.

Or depuis ces dernières années nous sommes confrontés à une dégradation progressive et "sournoise" des cadres de référence, des moyens de ces services, sous couvert de réorganisation, de transversalité, de polyvalence médicale, de gestion plus rationnelle. Dans certains départements il y a même eu éclatement des équipes de PMI, abandon de certaines missions de PMI et retour à des pratiques orientant les moyens vers les seules "familles en difficulté" et les "enfants à risques"... De service universel, au sens juridique, c'est-à-dire accessible à tous, ayant mission de service public dans le champ de la santé de la famille et de l'enfant, le service de PMI est parfois réduit à un service médico-social pour les familles en grande difficulté avec très souvent démantèlement des équipes et appauvrissement des engagements en santé publique et communautaire.

N'est-il pas surprenant que ces évolutions aient lieu, alors que depuis des années l'importance des mesures de prévention précoce sont valorisées et reconnues comme un des moyens de lutter contre les effets d'une dégradation du contexte économique, social et environnemental ? En effet différentes recherches faites en la matière, tels que les travaux du Haut Comité de Santé publique et les conclusions des Conférences nationales de santé..., ont bien mis en évidence l'impact positif du dispositif original français sur la santé des enfants de 0 à 6 ans et des mères, surtout dans les années 1990-2000. Or, ces dernières années certains indicateurs de santé relatifs à ces

populations marquent des régressions, et ce, en lien avec la dégradation des conditions de vie et des différents déterminants de la santé. Dans le même temps on constate le désengagement de services de santé comme la PMI dans certains départements où les priorités des politiques locales se tournent vers d'autres secteurs. Pourtant les réponses à court terme peuvent avoir des effets dramatiques pour les populations les plus vulnérables tels que les enfants et les femmes enceintes dans le présent mais aussi pour leur avenir. C'est ce que les travaux de l'UNICEF, menés par Cornia et Jolly, ont démontré suite aux "politiques d'ajustements structurels" qui ont été conduites dans divers pays du monde.

Il est donc urgent que la politique nationale de santé, en particulier dans le domaine de la santé familiale et infantile et de la planification familiale, détermine des priorités et apporte les moyens nécessaires pour ne pas restreindre les actions de service public aux seules mesures de réparation, de soins curatifs, quand il ne s'agit pas purement et simplement de mesures à connotation répressive.

Si les collectivités territoriales bénéficient d'un principe de libre administration, celui-ci s'inscrit dans un cadre national.

L'État définit la politique de santé publique.

Il ne peut continuer de promouvoir un partenariat en matière de santé publique avec les collectivités territoriales, développer des actions de proximité en réseau et rester passif face aux dérives actuelles.

Garant d'une véritable politique de santé publique, il doit à ce titre impulser des mesures nouvelles.

Il s'agit notamment de remédier aux difficultés suivantes :

- Insuffisance d'impulsion et de régulation de la part de l'État (pas de structure ad hoc concernant la santé mère-enfant-famille dans l'organigramme du ministère de la santé, pas de politique globale de santé publique dans ce domaine mais approches uniquement thématiques ou sectorielles, disparition de toute initiative nationale comme les journées annuelles de PMI...).



- Implication trop souvent a minima de la part des organismes d'assurance maladie (financement limité le plus souvent aux seuls actes cliniques correspondant aux examens obligatoires, alors que la loi permet des financements prévention plus larges...).
- Inégalité de mise en oeuvre des missions de PMI et de planification familiale par les départements (disparité selon les départements de la dépense par habitant pour la PMI, non-respect par de nombreux départements des normes minimales d'activité et de personnel fixées par décret, mise en œuvre des orientations et modalités d'organisation de la PMI très variables selon les départements...).
- Tentation de faire jouer aux services et équipes de PMI essentiellement un rôle de " service de soins et de surveillance "pour les seules familles défavorisées, version moderne de la vieille " police des familles", au détriment de l'approche globale de promotion de la santé qui s'adresse à tous.
- Retard statutaire pour certains professionnels PMI par rapport à leurs homologues d'autres fonctions publiques, d'où difficultés de recrutement dans un contexte tendu pour la démographie des professions de santé.

Nous avons donc souhaité saisir la date symbolique du 60^e anniversaire des ordonnances de 1945 pour rappeler ou faire connaître les principes fondateurs des droits nouveaux mis en place par le gouvernement provisoire de 1945. Ceux ci furent repris dans le préambule de la Constitution de 1946, l'ordonnance sur la PMI du 2 novembre 1945 complétant l'ordonnance sur la sécurité sociale du 4 octobre 1945 et celle sur le service national d'hygiène scolaire et universitaire du 18 octobre 1945. Ces textes forment alors un tout cohérent pour une politique d'ensemble, dans le domaine de la santé et de la protection sociale, reconnaissant des droits nouveaux à tous les citoyens et leurs ayant droit. Les principes annoncés par cette politique volontariste d'après guerre n'ont pas été dénoncés jusqu'ici ! Ils ont même été repris dans l'article 1 de la loi de lutte contre l'exclusion du 29 juillet 1998. C'est pourquoi il nous paraît essentiel de rappeler ces principes et ces engagements à la mémoire collective au moment où d'aucuns semblent tentés de brader certains droits sociaux pour répondre à d'autres exigences qui ne sont pas compatibles avec les droits de l'Homme et de l'Enfant, figurant dans les conventions internationales dont notre pays est signataire.

Il s'agit aujourd'hui de retisser dans l'action publique une continuité avec les politiques impulsées depuis 1945 jusqu'à la fin des années 1990.

En conclusion il y a nécessité :

- D'impulser des politiques publiques nationales nouvelles et volontaristes dans le domaine de la santé de la famille et de l'enfance et de la planification familiale, en lien étroit avec les divers partenaires impliqués tant sur le plan de la santé que de la vie sociale et ce en fonction des réalités locales, afin de prendre en compte de manière concrète et adaptée les déterminants reconnus de la santé des personnes, des enfants et de la collectivité.
- De rétablir et d'assurer un égal accès sur tout le territoire aux dispositifs de soins préventifs et de promotion de la santé de la famille et de l'enfant et de planification familiale, conformément à nos engagements comme signataires de la Convention internationale des droits de l'enfant en particulier.
- De mettre en place les moyens adaptés répondant aux critères essentiels de libre choix mais aussi d'accessibilité, d'acceptabilité et de fiabilité, pour permettre l'amélioration de la situation actuelle de la santé et du bien être, tant des enfants et des jeunes que des familles



EN CONCLUSION, IL Y A NÉCESSITÉ...

D'impulser des politiques nationales nouvelles et volontaristes.

De rétablir et d'assurer un égal accès sur tout le territoire aux dispositifs de soins préventifs et de promotion de la santé de la famille et de l'enfant et de planification familiale.

De mettre en place les moyens adaptés pour permettre l'amélioration de la situation actuelle.

dans notre pays, et mettre un terme la dégradation progressive dont nous sommes témoins sur le terrain depuis quelques années surtout !

Nous présentons ci-après des objectifs et revendications concrets pour avancer en ce sens, nous les porterons au ministère de la santé lors de l'entrevue demandée pour le 3 novembre 2005.



OBJECTIFS ET REVENDICATIONS

- 1 • Sur le plan des mesures s'appliquant au niveau national
 - Recréer un bureau enfance-famille à la DGS du ministère de la santé.
 - Instituer une commission nationale pour la promotion et la protection de la santé familiale et infantile, organisme consultatif placé auprès du ministère avec notamment les missions suivantes : évaluation des besoins, réponses, actions (processus, effets...); mutualisation des expériences; impulsion des politiques de santé, fixation de priorités et objectifs ; organisation de rencontres nationales, etc.
 - Systématiser dans la formation initiale des professionnels de santé des enseignements et stages dans les domaines de la pédiatrie générale et sociale, de la gynécologie médicale (pour les médecins), de la puériculture (pour les infirmières), de la planification familiale, de l'éducation à la santé (pour tous), de la santé communautaire et des approches globales de la santé, etc. Fixer un cadre obligatoire de formation continue pour l'ensemble des professionnels de PMI.
 - Améliorer les situations statutaires des cadres d'emplois médico-sociaux (cf. travaux actuels sur la filière médico-sociale au CSFPT) face aux risques de "pénurie" de professionnels dans les années à venir. Par ex : aligner le statut des médecins territoriaux sur celui des médecins inspecteurs de santé publique, prendre de nouvelles mesures de résorption de l'emploi précaire...
 - Augmenter le niveau de participation obligatoire des organismes d'assurance-maladie au financement des activités relevant de la promotion et la protection de la santé familiale et infantile.
 - Revenir sur toutes les mesures restreignant l'accès à l'Aide Médicale État, afin de permettre un accès aux soins préventifs et curatifs pour tous sans aucune discrimination liée à la situation administrative.
 - Favoriser des mesures de politique générale ayant un impact positif sur les déterminants de la santé familiale et infantile (environnement, travail, logement, modes d'accueil, scolarisation, législation sociale, organisation et moyens du système de santé et de protection sociale, etc.)



OBJECTIFS ET REVENDICATIONS

- 1 • Sur le plan des mesures s'appliquant au niveau *national*
- 2 • Sur le plan des mesures s'appliquant au niveau *local*



² Un tel dispositif a été déjà expérimenté dans les années 60 et les effets ont été très vite décriés, y compris par le monde médical et associatif. En effet ceci a eu pour effet de faire fuir les personnes les plus en difficulté qui n'ont plus fréquenté par ex. les consultations de nourrissons de peur d'être signalées... avec tous les risques de placement qui étaient très réels ! (cf. Myriam DAVID, Françoise DOLTO, SOULE, Pierre STAUSS, S. TOMKIE-VITZ...). Il convient de rappeler que tous les jeunes enfants et toutes les femmes enceintes, dans la période de la maternité, sont considérés en période de vulnérabilité naturelle, et doivent donc bénéficier de soins de prévention et d'accompagnement adaptés pour leur permettre de développer au mieux leurs potentialités.

- Développer, faisant suite aux actions de dépistage, l'offre de soins dans des domaines déficitaires comme la pédo-psychiatrie, la prise en charge précoce des handicaps pour lutter contre les sur handicaps et donc intensifier les moyens des CAMSP, etc. Renforcer les capacités hospitalières en pédiatrie, maternité, centres d'orthogénie.
- Renoncer à toute réforme qui viserait, dans le cadre de la protection de l'enfance, à substituer aux missions des services chargées de la promotion et de la protection de la santé de l'enfant et de la famille (dits de "PMI"), s'adressant à la population générale, des missions de contrôle sanitaire et social auprès des enfants et des familles "repérés" en difficulté².

2 • Sur le plan des mesures s'appliquant au niveau local :

- Obtenir le respect par l'ensemble des départements des normes minimales en matière de consultations prénatales, de planification et d'éducation familiales et infantiles, ainsi que le respect des normes en matière de personnel, telles que définies par le code de la santé publique.
- S'assurer que les départements exercent les missions de PMI et de planification familiale dans l'intégralité des champs couverts par la législation et la réglementation (par ex., dans le cadre des consultations de PMI prise en compte de réponses curatives précoces participant d'une démarche de prévention et d'éducation pour la santé, dans le cadre des centres de planification possibilité de pratiquer l'IVG médicamenteuse, etc.).
- S'assurer du respect par les départements de l'exercice réel et possible des missions et de l'organisation des services départementaux de PMI, définis 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 des équipes engagées dans les missions de PMI. Cela signifie que l'existence d'un service de PMI garantissant l'organisation des compétences nécessaires à l'exercice des missions spécifiques de PMI, doit être pérennisée. À 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 territoriale "horizontale", 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, débouchant sur une action pluridisciplinaire de terrain.
- Donner la priorité au recrutement de professionnels titulaires, titulariser les non-titulaires (non-titulaires indûment embauchés par certaines collectivités sous la dénomination de "vacataires permanents" notamment).
- Obtenir une politique de formation continue systématique des professionnels de PMI en rapport avec l'évolution des connaissances et des besoins des familles.
- Favoriser la participation des acteurs locaux de la politique de PMI à l'ensemble des instances départementales et régionales oeuvrant dans ce domaine de compétence (Conférences régionales de santé, SROS pédiatriques ou périnatalité, commissions régionales dans le domaine du handicap, de la naissance, etc.).





EN RÉSUMÉ...

Nous réaffirmons la nécessité de politiques publiques vigoureuses dans le champ de la santé de la famille et de l'enfant et rappelons le rôle déterminant des services publics pour garantir l'accès de tous aux soins préventifs et curatifs dans ces domaines. En ce sens les actions de prévention réalisées par les services de PMI doivent s'adresser à tous les publics et porter sur tous les aspects de la santé familiale et infantile même si certaines activités peuvent être ciblées en fonction de contextes particuliers. D'autre part le positionnement préventif des professionnels de PMI doit écarter toute approche prédictive des problèmes présentés par les familles mais s'inscrire à l'appui d'une démarche d'accompagnement offert aux enfants et aux parents dans une perspective de promotion de la santé.

Nous demandons :

- que l'État se réengage en impulsant des politiques publiques audacieuses et cohérentes pour répondre aux besoins de tous dans le domaine de la santé de la famille et de l'enfant ; en assumant un rôle de régulation dans l'application de ces politiques par les divers acteurs impliqués, en premier lieu les départements en charge des missions de PMI ; et en finançant les missions nouvelles confiées aux départements ;
- que le niveau de participation obligatoire des organismes d'assurance-maladie au financement des actions relevant de la PMI soit substantiellement relevé ;
- que les statuts des personnels concourant à la PMI soient revalorisés au même niveau que ceux des professionnels exerçant dans le domaine des soins curatifs et/ou de la santé publique dans les fonctions publiques concernées (grilles indiciaires, déroulement linéaire de carrière, débouchés de carrière dans la filière médico-sociale) ;
- que tous les départements respectent les conditions légales de mise en œuvre des missions de PMI : normes minimales en matière d'activité et de personnel, modalités d'organisation des services de PMI, exercice des missions dans l'intégralité des champs couverts par la législation relative à la PMI et à la planification familiale ; le rôle de l'État étant d'être garant de cette application des textes.



À L'INITIATIVE DE...

Association nationale
des puéricultrices diplômées
et des étudiantes,

Association nationale
des sages-femmes territoriales,
CFDT Fédération Interco,

CGT Fédération
des services publics,

FO Fédération des personnels
des services des départements
et des régions,

Snu-clias-FSU,

SUD Fédérations santé-sociaux
et collectivités locales,

Syndicat national
des médecins de PMI.

JOURNÉE DE RÉFLEXION ET DE MOBILISATION JEUDI 3 NOVEMBRE 2005 AU CEDIAS

Musée social - 5 rue Las Cases - 75007 PARIS

PROMOTION DE LA SANTÉ FAMILIALE ET INFANTILE

1945-2005 témoins et acteurs pour une étape nouvelle