

Intervention du SNMPMI au colloque santé du CNFPT (29-30 septembre 2010)

Table ronde : Quel positionnement des professionnels territoriaux dans l'organisation territoriale de la santé ?

On rappellera tout d'abord que l'organisation de la mission de PMI s'appuie sur deux piliers : la législation nationale qui affirme son statut de politique publique partagée et ouvre un droit à ses services offerts à tous ; les orientations départementales qui inscrivent ce socle légal dans une politique donnée de la collectivité et les adaptent au contexte territorial.

Plus concrètement évoquons deux enjeux que l'expérience de PMI met en lumière :

1) l'ancrage territorial est un atout pour développer des politiques de prévention globales avec comme porte d'entrée les âges de la vie, abord global qui intègre les approches thématiques ou ciblées et les met à la portée des attentes et des besoins des personnes.

2) l'élaboration et la réalisation des politiques publiques de prévention santé appellent une coopération, un dialogue permanent des acteurs concernés à tous les échelons : terrain local, départemental, régional, national.

La question de l'approche globale de la prévention en population

Les textes normatifs ainsi que les campagnes émanant d'organismes officiels développent fréquemment une approche de la prévention par projets ciblant des risques et pathologies identifiés, des comportements, des populations spécifiques. Ainsi le chapitre de la loi HPST portant sur la santé publique évoque la *promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique et sportive ainsi que la lutte contre les addictions* ou, s'agissant des adolescents, des mesures sur la contraception et d'autres contre la vente de boissons alcoolisées. Les 100 objectifs de la loi de santé publique de 2004 abordaient notamment la santé de l'enfant par la lutte contre le saturnisme, la carie dentaire, les accidents de la vie courante, les mauvais traitements et par le dépistage et la prise en charge des troubles du langage.

Une politique de santé maternelle et infantile de première ligne offre cependant la possibilité d'aborder la prévention selon une approche globale à l'échelle individuelle et à l'échelle d'une population. En effet, l'organisation territoriale de la santé positionne les professionnels de PMI, comme les pédiatres traitants, en premier lieu dans un lien de proximité avec les enfants, les familles, les adolescents. Cette proximité, pour peu qu'elle se conjugue avec une disponibilité suffisante des professionnels, offre un socle à leur attention préventive. Et nous avons de longue date identifié et vérifié en pratique en quoi l'attention préventive des professionnels de santé peut venir soutenir chez les parents leur propre attention pour le développement et le bien-être de leur enfant. Ceci concerne tous les parents puisque l'attente d'un enfant, puis sa naissance, constituent pour tous un moment de profond remaniement qui peut venir révéler ou renforcer certaines fragilités mais aussi la

créativité. Le souci de la bonne santé de l'enfant, les soins à lui apporter sont, pour chacun, des leviers très puissants du « devenir parent ».

Le positionnement des professionnels de PMI s'origine dès lors dans une approche préventive centrée, dès la grossesse, sur le processus long du développement de l'enfant, de la parentalité qui prend en compte l'environnement familial et social. Cette approche intégrée de la prévention s'appuie largement sur les préoccupations des femmes enceintes, des parents : il s'agit de promotion de la santé au sens de *porter vers l'avant*, vers l'avenir l'enfant qui a tant besoin pour grandir de parents confiants en leur capacité d'y contribuer.

Cette prévention apporte des réponses individualisées, respectueuses des histoires et des choix de vie des familles. Elle prend tour à tour la forme de l'accompagnement de la vie quotidienne (par ex. lors de la mise en route d'un allaitement), du soutien dans ses aléas ordinaires (par ex. lors de réaménagements familiaux suivant la naissance d'un puîné), de l'aide face aux accidents de la vie (par ex. quand un membre de la fratrie est atteint d'une maladie chronique).

La confiance qui se construit là, dans ces accompagnements pluridisciplinaires, est aussi un facteur très structurant pour le succès de campagnes thématiques portant par exemple sur la prévention de l'obésité, des accidents domestiques. Le message n'est alors pas seulement porté de façon didactique mais incarné et adapté dans la relation de soins. C'est encore la confiance qui permet à des familles en situation de grande vulnérabilité sociale ou psychologique de s'ouvrir à notre offre de soins préventif et d'y exprimer des souffrances parfois difficilement partageables. Cela, parce que nos services ne pratiquent pas un surciblage des familles en difficulté, potentiellement stigmatisant.

Pour conclure ce premier point, disons que les professionnels de santé territoriaux, n'ont pas la clé pour régler des facteurs fondamentaux d'inégalités de santé, politiques, économiques et sociaux. Ils sont là en première ligne pour les accueillir, contribuer à les atténuer, porter leurs effets à la connaissance des décideurs et participer à la recherche de solutions collectives. Ils peuvent éclairer dans ce dialogue sur les priorités à fixer, en quoi un service public de santé ouvert à tous et pratiquant une approche globale de la prévention en population contribue à lutter contre ces inégalités. En effet nous pouvons soutenir : d'une part que les difficultés rencontrées dans le développement des enfants ne sont pas l'apanage des publics dits défavorisés ; d'autre part que les familles les plus en difficultés accèdent d'autant mieux aux soins préventifs qu'elles y rencontrent un ensemble de familles partageant avec elles le souci de la « bonne » parentalité.

La question de la coordination des acteurs à tous les échelons

La loi HPST a prévu plusieurs instances visant à élaborer et mettre en œuvre la politique régionale de prévention et de santé publique : il s'agit des deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, dont l'une englobe la prévention dont la PMI, il s'agit aussi de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, du projet régional de santé incluant un schéma régional de prévention, toutes initiatives auxquelles s'ajoutent les conférences de territoires de santé.

Il nous faudra sans doute un peu de temps pour nous représenter précisément et éprouver concrètement les impacts de cette organisation multimodale régionale sur la coopération des acteurs de soins.

Nous partageons cet objectif général d'améliorer la complémentarité et la coordination des professionnels de santé et l'échange avec les familles. A condition que cela ne procède pas de la seule logique descendante mais permette de tricoter le précepte *agir local penser global* avec le *penser local agir global*.

Ainsi prenons l'exemple de la coordination des acteurs autour des enjeux de la prévention psychologique à l'égard des enfants. Sur le plan de la coopération de terrain, ne faut-il pas, là où la tradition s'en est perdue, refonder et généraliser, sur un mode fonctionnel, des espaces communs de travail souples mais pérennes sur un territoire entre les professionnels de santé et de l'enfance ? Au-delà du traitement partenarial des situations de familles qu'ensemble nous avons à connaître, un tel travail sous la forme de séminaires communs, de formations post-universitaires, d'ateliers santé, etc. vient renforcer les liens par le partage des expériences et des apports théoriques.

Cela peut porter sur des thématiques de terrain comme :

- Quelle prévention et quelle protection de l'enfance dans un contexte de pathologie mentale d'un parent ou de violences conjugales ;
- ou bien quels retentissements psychiques d'une surstimulation précoce des tout petits dans une société de la performance ;
- ou encore quelle entrée dans le langage et quel accès au symbolique dans des situations où la parole est peu investie du côté parental ?

L'enjeu de la formation continue partagée peut aussi rassembler nos énergies avec par exemple la contribution des pédopsychiatres à la formation des autres intervenants de santé de première ligne sur le repérage des souffrances psychiques des enfants et des adolescents. Le champ de la recherche est également un terrain de coopération prometteur : on peut évoquer par exemple la recherche PREAUT visant la validation d'indicateurs de troubles de la communication chez le bébé au cours des deux premières années de la vie.

Ces coopérations réflexives de terrain, dans les quartiers et les communes, englobant les pratiques, la formation et la recherche auront d'autant plus de sens qu'elles entreront en écho avec les autres échelons dédiés à l'élaboration des politiques coordonnées de santé : départemental et régional, national.

En effet une politique publique favorisant l'accès de tous à des services de santé familiale et infantile ne peut se concevoir sans un cadre national d'impulsion et de mutualisation de projets et ne saurait se réduire à autant d'approches disparates que de collectivités. Et l'échelon régional, articulé avec le départemental, doit apporter sa contribution à la définition et à l'organisation de l'offre de soins préventifs, appuyés sur les problématiques et les infrastructures plus spécifiques aux territoires concernés.

S'ajoutant à ces instances régionales de coordination, nous maintenons notre appel à la création d'une instance nationale regroupant tous les acteurs concernés par la promotion et la protection de la santé familiale et infantile, qui assumerait des missions d'impulsion de politiques nationales de santé, de fixation de priorités et d'objectifs, d'évaluation des besoins, réponses et impacts, de mutualisation des expériences, etc.

A nouveau apparaît ici un enjeu en terme de lutte contre les inégalités territoriales de santé : coordination dans l'élaboration et l'organisation de la prévention à tous les échelons et dialogue permanent entre ces échelons, n'est-ce pas une condition essentielle pour l'impulsion d'une politique nationale de prévention bénéficiant à tous, quel que soit son milieu ou son territoire ?

Pour conclure citons Monsieur Dinet, président du Conseil général de Meurthe et Moselle qui, invité au colloque du SNMPMI en 2007 sur le thème : ***l'élu, le directeur et le docteur***, indiquait : *[La PMI] doit, et c'est ce que je cherche à assurer par son lien avec les autres politique sociales, prendre en compte particulièrement les enfants soumis à un environnement social difficile. Par sa caractéristique universelle, je dirais même que la PMI a un rôle intégrateur qui lui est propre en tant que politique sociale qui n'est pas spécifiquement tournée vers les populations les plus en difficultés* ». Si le propos de M. Dinet peut sembler, entre sa première et sa seconde phrase, apparemment contradictoire, en réalité c'est toute la subtilité des articulations nécessaires qui est mise ici en exergue.

Cela illustre bien comment le dialogue entre professionnels de santé territoriaux et décideurs face aux réformes doit relever un défi, celui d'inscrire nos réponses pour améliorer la santé dans le registre de la complexité.