

Assises de la santé de l'enfant. Propositions concernant le dispositif de PMI et de santé sexuelle

Créés à l'origine dans le cadre d'une stratégie nationale de lutte contre la mortalité infantile, les services de PMI demeurent aujourd'hui l'un des instruments majeurs d'une stratégie nationale de santé qui installe la prévention et la promotion de la santé au cœur de son projet. La nécessité de réinvestir l'ensemble du système public de santé au service de la santé de la mère, de l'enfant, de la jeunesse a ces 10 dernières années conduit des représentants des services de PMI à collaborer étroitement avec les instances ministérielles, le parlement, les organismes de conseil et d'analyse stratégiques (de nombreux rapports argumentent la question), à élaborer des propositions dont les contributions suivantes forment une synthèse opérationnelle formulée par le SNMPMI.

I. Rappel : contribution résumée du dispositif PMI à la santé de l'enfant et de l'adolescent :

Les services et la politique de PMI et de santé sexuelle mettent en œuvre :

- la politique de vaccination,
- la prévention en pré et post-natal concernant les déterminants environnementaux nocifs pour la santé et le développement,
- la lutte contre les inégalités de santé et notamment contre les effets de la précarité des conditions de vie sur la santé des enfants et des familles,
- la prévention dans le domaine développemental global, de la santé psychique et mentale, de la parentalité dans le cadre du suivi médical et de santé préventif du nourrisson et de l'enfant, et de la femme enceinte,
- la prévention, le dépistage et l'accompagnement de la prise en charge précoce concernant les troubles sévères du développement, le handicap et les maladies chroniques,
- la prévention, le dépistage et l'accompagnement des situations de protection de l'enfance et de toutes les violences dans l'entourage de l'enfant,
- la santé sexuelle (sexualité, contraception, IVG, lutte contre les violences dans la vie affective et sexuelle...),
- la participation aux parcours de prévention et de prise en charge suite à des dépistages (troubles sensoriels, retard ou difficultés de langage...),
- la coopération des professionnels au sein et en dehors des services de PMI autour du parcours de suivi préventif de la femme enceinte et celui de l'enfant, etc.

II. Objectifs de participation concrète du dispositif PMI au suivi des enfants et des adolescents :

L'article L2112-4 du code de la santé publique prévoit de définir à partir du 31 décembre 2022 des "objectifs nationaux de santé publique fixés par voie réglementaire" [à savoir des taux de couverture populationnelle pour certaines activités] et des "normes minimales d'effectifs fixées par voie réglementaire".

Nous proposons les objectifs de couverture populationnelle suivants par la PMI (cf. annexe 1) :

- un objectif minimal de 20% d'enfants bénéficiant en PMI des consultations infantiles pour au moins 12 des examens obligatoires jusqu'à 6 ans¹ et un objectif minimal de 20% d'enfants bénéficiant d'au moins deux visites à domicile par les puéricultrices (taux correspondant aux préconisations du rapport Peyron (2019) et retenus par le groupe de travail piloté par la DGS relatif au projet de décret en application de l'art. L2112-4 du CSP - juillet 2022) ;
- un objectif minimal de 90% des enfants bénéficiant d'un bilan de santé en école maternelle (idem rapport Peyron et groupe de travail ministériel) ;
- un objectif minimal de 15% des 11-25 ans bénéficiant d'une consultation annuelle de santé sexuelle et un objectif minimal de 70% des jeunes de 11-21 ans bénéficiaires d'une mesure de protection de l'enfance bénéficiant d'une consultation annuelle de santé sexuelle (taux retenus par le groupe de travail piloté par la DGS relatif au projet de décret en application de l'art. L2112-4 du CSP - juillet 2022) ;
- un objectif minimal de 15% de femmes enceintes bénéficiant de l'EPP et de 3 consultations obligatoires prénatales, ainsi que de l'EPN et de la consultation obligatoire postnatale (idem groupe de travail ministériel) ;
- un objectif minimal de 5% d'enfants, de jeunes et de femmes enceintes bénéficiant de consultations et actions de soutien par des psychologues (15% de ceux accueillis en PMI) ; un objectif minimal de 3% de jeunes enfants accueillis en PMI, bénéficiant d'un accompagnement par des psychomotriciens (10% de ceux accueillis en PMI).

Pour atteindre ces objectifs nous proposons les normes minimales d'effectifs suivants :

- une puéricultrice pour 120 naissances (cf. mode de calcul en annexe 3),
- un médecin pour 350 naissances (cf. mode de calcul en annexe 4),

¹ Cf. annexe 2 : proposition de réalisation coordonnée des examens obligatoires de l'enfant entre médecins et puéricultrices.

NB Nous proposons de réintroduire deux examens obligatoires entre 1 et 2 ans : vers 15-16 mois (notamment rattrapage ROR) et vers 18-20 mois (notamment dépistage des troubles sévères du développement)

- une sage-femme pour 530 naissances (cf. mode de calcul en annexe 5).

En outre nous proposons de promouvoir la place dans les services de PMI de professions précieuses pour l'offre de prévention pluriprofessionnelle de PMI, telles les psychologues, les psychomotricien.nes, les éducateurs.trices de jeunes enfants, les auxiliaires de puériculture,...

III. Attractivité des carrières en PMI-santé sexuelle

Pour rétablir l'attractivité des carrières professionnelles en PMI-santé sexuelle, nous proposons :

- de convertir le Ségur médecins en Complément de traitement indiciaire (CTI) et d'aligner la grille des médecins territoriaux sur celle des praticiens hospitaliers en créant un cadre statutaire commun aux médecins salariés de la fonction publique (PMI-santé sexuelle, santé scolaire, centres de santé, ministères-ARS...) - cf. en annexe 6 ;
- de définir un cadre d'exercice des puéricultrices reconnaissant pleinement leurs compétences et valorisant financièrement leur activité et de revaloriser leur grille au-delà du Ségur de la santé (dans le cadre de la réingénierie du diplôme) ;
- d'accorder aux sages-femmes les moyens matériels et humains pour remplir leurs missions, de reconnaître leur statut médical et de revaloriser leur grille au-delà du Ségur de la santé ;
- de créer un cadre d'emploi pour les conseiller.es conjugaux.ales dans les CPEF ;
- de revaloriser les grilles salariales des autres professions des services PMI,
- d'assurer l'effectivité de l'accès au DPC pour tous les professionnels et à une qualification adaptée pour les médecins.

IV. Financement du dispositif de PMI

Afin d'apporter aux services de PMI les moyens financiers nécessaires pour s'engager dans la mise en place des objectifs socle opposables prochainement inscrits au CSP (recrutement de professionnels, formation, investissement logistique...), nous proposons :

- d'ajouter à court terme 200 M€ au financement actuel de la PMI² (0,1% de l'ONDAM) ;
- pour aller à moyen terme vers 500 M€ portant l'ensemble de la dépense de PMI à 1 Md€

V. Gouvernance partagée du dispositif de PMI -santé sexuelle

Pour mieux assurer une gouvernance de la PMI, à la fois centrée sur ses missions propres et à même d'assurer une interface instituée avec l'ensemble des politiques publiques relatives à son champ de compétences, nous proposons d'articuler :

- le cadre politique de gouvernance partagée de la PMI prévu au I de l'art. L2111-1 du CSP visant à définir en commun des priorités pluriannuelles d'action de la politique nationale de PMI
- et la création par voie réglementaire d'une commission nationale PMI-santé sexuelle³, instance dédiée, co-animée par la DGS et l'ADF et chargée, dans le cadre des priorités politiques évoquées précédemment, de co-construire des objectifs stratégiques et opérationnels et d'animer le réseau des PMI-PF (cf. annexe 7).

VI. Instance territoriale en faveur du parcours de santé et de développement des enfants

Nous proposons de créer un cadre de référence et de coordination en santé publique périnatale et de l'enfance sur les territoires :

- sous la forme de CPTS⁴ consacrées à la période périnatale et de l'enfance,
- visant à promouvoir l'effectivité et la continuité des parcours de prévention, de dépistage, de diagnostic et de prise en charge, relatifs aux problématiques de santé en s'appuyant sur l'articulation de tous les partenaires, la coopération des professionnels, services et institutions concernées par le parcours de suivi préventif et curatif de la femme enceinte et celui de l'enfant.

² Financement actuel évalué par le rapport Peyron à 500 M€. Cf. notre proposition détaillée adressée à M. Taquet en mars 2020, de modalités de financement articulant logiques de parcours, d'actes et de forfait : les départements se verraient dotés d'un financement dédié par le ministère de la santé (via les ARS + CPAM) en fonction de la façon dont ils se situent par rapport à la couverture attendue. Il s'agirait d'un "forfait prévention" pour chaque enfant ou chaque femme enceinte suivi.e. Ce forfait serait d'une part indexé sur le taux de couverture atteint par le département pour l'activité socle opposable considérée et serait d'autre part affecté d'un coefficient variant selon l'offre qualitative de service proposée par le département : niveau 1 si le département offre un suivi pluriprofessionnel minimum (médecin, puéricultrice, sage-femme, conseillère conjugale et familiale), niveau 2 s'il y adjoint des psychologues et des psychomotriciens, niveau 3 si le suivi pluriprofessionnel inclut également une ou plusieurs professions : éducateurs de jeunes enfants, auxiliaires de puériculture, orthophonistes...

³ visant à « reconstituer une fonction d'animation de la politique publique de PMI, faciliter les échanges entre professionnels et la mutualisation des outils, soutenir la recherche action, faire connaître les réalisations significatives et les bonnes pratiques » Cf. rapport Peyron.

⁴ Communautés professionnelles territoriales de santé