



Congrès de la Société française de pédiatrie - Lille, 3 juin 2022
Table-ronde "La PMI à la croisée des chemins"

Forces et faiblesses de la PMI, 3 ans après le rapport PEYRON.

Pierre Suesser, pédiatre, co-président du Syndicat national des médecins de PMI

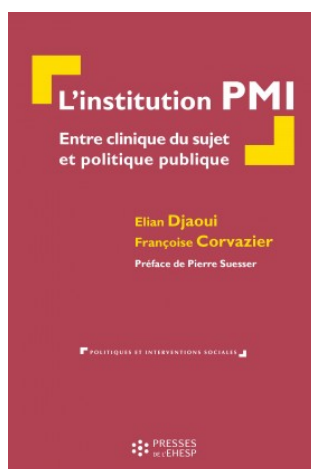
Rappel : les principaux constats du rapport Peyron¹ concernant la situation de la PMI

- absence de stratégie nationale de santé publique pour la PMI
- missions primaires de prévention et de promotion de la santé régulièrement mises au second plan derrière celles de protection de l'enfance
- absence de pilotage et de portage partagés entre ministère et départements
- insuffisance de moyens financiers et humains se traduisant par une dégradation de l'offre de services de la PMI

Forces et faiblesses de la PMI

Du côté des "forces" et des atouts :

→ Une histoire, une culture, une législation et des pratiques qui persistent en dépit des difficultés, cf. le livre "L'institution PMI" d'Elian Djaoui et Françoise Corvazier, celui de Kristell Guével, "Stéthoscope en compote" ou encore le mien "Petite enfance, penser la prévention en grand" qui permettent bien d'accéder à cette histoire, cette culture et ces pratiques "entre clinique du sujet et politique publique" selon le sous-titre du premier ouvrage.



Pierre Suesser

Petite enfance,
penser la prévention
en grand

Préface de Catherine Dolto



érès

¹ Du nom de Michèle Peyron, députée chargée par Agnès Buzyn, ministre de la santé, d'un rapport sur la PMI rendu en mars 2019

→ **Les quelques principes qui guident et charpentent cette culture, cette histoire, ces pratiques :**

Rappel des champs d'action de la PMI : la PMI s'occupe du suivi préventif de la grossesse, et des actions périnatalité, du suivi préventif de la santé et du développement des enfants de la naissance à 6 ans, de la prévention en santé sexuelle auprès de jeunes et des adultes (sexualité, contraception, IVG, IST, vie conjugale, lutte violences/femmes,...), de l'agrément et de l'accompagnement et contrôle des modes d'accueil du jeune enfant.

Rappel des principes d'action de la PMI : Universalité (ouvert à tous tout en ayant capacité à accueillir les populations les plus en difficulté) - renvoie à l'"universalisme proportionné" expression dans laquelle il ne faut pas oublier "universalisme" au profit de "proportionné". "*Une santé pour les pauvres serait une pauvre santé*", cf. une "*une éducation pour les pauvres serait une pauvre éducation*" (M. Marmot, inventeur du concept d'universalisme proportionné).-, proximité, accessibilité, ancrage dans les milieux de vie, gratuité, pluridisciplinarité², approche globale médico-psycho-sociale, modalités d'actions variées³, partenariat très diversifié, double compétence : santé publique – promotion de la santé et actions de santé individualisées

→ **Un réseau national de services de PMI** qui, bien qu'affaibli (parfois grandement) reste un point d'appui essentiel pour re-développer, re-vitaliser et pérenniser la politique de PMI et de santé sexuelle et son offre de services.

→ **Des "forces" en potentialité avec le réinvestissement timide mais réel des autorités nationales** : premières mesures depuis 2014 (rapports DGS et DGCS sur la PMI, loi 2016 de modernisation du système de santé et mise en place du CANA-PMI), puis constats et préconisations du rapport Peyron et les premières mesures prises à la suite : la contractualisation État-départements en prévention-PE, les articles concernant la PMI dans la loi de protection des enfants, les mesures du Ségur en cours d'application aux métiers de PMI...

→ **Une tradition de créativité et d'innovation** : quelques exemples

- Unité parents bébés de Gennevilliers : coopération étroite PMI-pédopsy prévention dans le soutien à la parentalité, Centre nantais de parentalité : consultations conjointes PMI-pédopsy.
- Groupe massage bébés pour un travail de prévention des troubles relationnels parents bébés (Rhône).
- Consultations préventives de suivi de nourrissons en maison d'arrêt (Lyon, Bordeaux...)
- Recherche Préaut : implication de nombreuses équipes PMI pour l'identification de signaux

² Médecins, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, sages-femmes, psychologues, conseillères conjugales, éducatrices de jeunes enfants, psychomotriciens, orthophonistes, diététiciens, secrétaires.

³ Consultations, bilans de santé, accueils individuel ou de groupe, visites à domiciles par des puéricultrices et des sages-femmes, entretiens psychologiques, groupes de paroles, accueils parents-enfants, soutien à domicile par des techniciennes de l'intervention sociale et familiale, intervention dans les milieux de vie et de socialisation (modes d'accueil, écoles maternelles...), etc.

précoces laissant présager un risque de syndrome de nature autistique.

- Mise en place d'ERTL 4 par coopération entre le service de PMI 54 et des orthophonistes
- Saturnisme : PMI Paris, Bouches du Rhône et 93.
- Liaisons PMI-maternités dans de très nombreux départements avec staffs médicaux, psycho et sociaux.
- Mise en place en PACA d'un outil de déroulement du bilan de santé 3-4 ans entre médecins PMI, libéraux et hospitaliers, à l'initiative des services de PMI de la région.
- Nombreuses initiatives dans les départements de consultations PMI pour le suivi préventif d'enfants en situation d'obésité, ou anciens prématurés ou atteints de maladies chroniques.
- Nombreuses initiatives dans les départements d'accueils parents-enfants dans les consultations PMI et d'actions collectives autour de la lecture, musique, jeu, éveil moteur : exemple du 59 en coopération entre PMI et modes d'accueil.
- Centre PMI spécialisé dans la prévention, l'accompagnement des morts inattendues du nourrisson et du deuil périnatal (93) .
- Instances d'accompagnement d'équipes de crèches et d'assistantes maternelles pour l'accueil d'enfant handicapés et mise en place de PAI en école maternelle (intégration scolaire).
- Diverses actions de médiation interculturelle et interprétariat.
- Participation aux interventions lors de crises sanitaire : Covid (cf. étude SNMPMI https://snmpmi.org/IMG/pdf/etude_covid19-pmi_snmpmi_decembre2020_rapport_synthese.pdf), vaccination H1N1, Tuberculose à Clichy-sous-Bois (importance de la connaissance fine des populations et du tissu social local).
- Mise en place de l'IVG médicamenteuse par certains départements.

→ **Une capacité de recherche dans le champ de la prévention**, malheureusement trop peu soutenue par les pouvoirs publics : Enquête BSEM-PMI sur les bilans de santé en école maternelle dans le cadre de la cohorte Elfe (C. Bois), recherche action PERL sur les visites à domicile en population générale en Meurthe et Moselle, par exemple.

Du côté des "faiblesses" et des défis :

→ **Le dispositif de PMI a fait face depuis 30 ans à une tension** entre l'existence d'une législation nationale très précise et celle d'un cadre d'application décentralisé et confié aux départements, sans politique nationale incitative ou régulatrice jusqu'à la période récente. ***Malgré la décision d'adopter des priorités pluriannuelles de santé publique en concertation avec les départements, l'absence persistante d'instance nationale réglementaire consacrée à la PMI n'offre pas le gage d'un travail suffisant de co-construction et de suivi conjoint de ces orientations au quotidien et dans la durée. La mise en place du CANA-PMI qui avait suscité un espoir de ce côté est pour l'instant peu effective...***

→ **L'offre de services de PMI est donc fragilisée dans de nombreux départements** : beaucoup de consultations de nourrissons et de femmes enceintes ou de planification familiale, de bilans de santé en maternelle sont supprimés ; sinon les délais de rendez-vous s'allongent, le suivi d'enfants après 2 ans se restreint, les visites à domicile en pré et post-natal se raréfient. On ne compte plus les postes vacants, s'agissant notamment des médecins...,

justement on les a comptés : - 26% en janv. 2022 sur 49 départements (enquête SNMPMI) , cf. également l'étude de la DREES ci-après.

La contractualisation engagée depuis 2020 entre le gouvernement et les départements, bien insuffisante dans les moyens alloués, ne se traduit pas même par un début d'inversion de cette tendance...

→ **Le périmètre de la PMI est réduit dans un nombre croissant de départements à certaines missions** (protection de l'enfance, modes d'accueil) en délaissant le champ global de la prévention, les équipes de PMI sont en outre souvent dispersées unité territoriale par unité territoriale sans aucune coordination en tant que service départemental de PMI.

En inscrivant des mesures relatives à la PMI dans une loi de protection de l'enfance, le gouvernement a continué à accompagner une vision de la PMI, déjà présente dans la loi de 2007, comme une simple composante santé de la politique de protection de l'enfance au lieu d'une politique de santé publique ayant des finalités propres de promotion de la santé incluant celles relatives à la prévention en protection de l'enfance. L'unicité du service de PMI dirigé par un médecin comme condition de production et de mise en œuvre d'une politique départementale cohérente de PMI n'est pas suffisamment appréhendée par les décideurs nationaux et locaux (cf. récent arrêt de la justice administrative pour reconstituer le service de PMI de l'Hérault).

→ **Un service au public insuffisant et très inégalement réparti**, les normes minimales conçues pour le garantir sont très diversement respectées et devraient être révisées. En tout cas, le rapport Peyron indiquait une diminution de 45% des consultations infantiles entre 1995 et 2016, de 50% des visites à domicile des puéricultrices et de 30% de celles des sages-femmes.

Des travaux ont débuté pour une révision des normes suite au vote de la loi PE du 7 février 2022.

→ **Le financement est mal assuré** par l'État (pas de fléchage dans la Dotation de décentralisation - DGD) et par la sécurité sociale (absence de remboursement pour le travail des puéricultrices, des psychologues notamment, insuffisance pour les médecins par ex. pour consultations complexes...).

L'enveloppe annoncée par le gouvernement est de 100 millions d'€ pour la contractualisation État-départements, c'est-à-dire 0,05% de la dépense national de santé. Il s'agit d'un simple rattrapage des financements "perdus" ces 10 dernières années selon le rapport Peyron... Le remboursement des actes des puéricultrices n'est toujours pas acté (renvoyé à un rapport au parlement), celui des psychologues même pas envisagé...

→ **Le problème crucial de la démographie des professionnels de PMI** : une étude du CNFPT⁴ prévoyait que la part des titulaires au 31/12/2006 qui devaient atteindre l'âge moyen de départ en retraite en 2020 serait de 66% pour les médecins, 47% pour les psychologues, 69% pour les sages-femmes, 43% pour les puéricultrices.

L'étude de la DREES de mars 2022⁵ le confirme avec : -5% de médecins par an entre 2016 et 2019, passage de 2200 ETP en 2010 à 1700 en 2019, de 540 ETP psychologues à 380...

La nécessité de mesures en faveur de l'attractivité des métiers de la PMI n'est pas prise en compte à sa juste dimension : application pour l'heure du Ségur de la santé sous forme de primes et non de complément de traitement indiciaire, décalage entre les mesures salariales pour les sages-femmes hospitalières et celles de la territoriale, salaire des médecins de PMI de 60% inférieur en début de carrière par rapport à celui des praticiens hospitaliers ou des médecins de centres de santé...

→ **La PMI se situe dans un contexte d'offre de soins en "crise"** : une offre de soins ambulatoire qui globalement se traduit par des difficultés croissantes d'accès aux soins (baisse de la démographie des pédiatres et gynécologues, et généralistes dans beaucoup de régions ou départements - campagnes, villes) et de plus en plus d'inégalités d'accès (dépassements d'honoraires), dans contexte hospitalier et ambulatoire de plus en plus tendu (urgences surbookées, sorties précoces de maternités, fermeture des petites maternités, manque criant de places dans les CMP, CAMPS, structures d'accueil liées au handicap...), sur fond de couverture maladie complémentaire pas toujours accessible pour de très nombreuses familles et d'ouverture de droits de plus en plus lente pour les femmes enceintes...

Sans oublier de mentionner les récentes alertes sur la remontée depuis 10 ans du taux de mortalité infantile en France dont les hypothèses renvoient à la fois à la dégradation des conditions de vie et de santé d'une partie de la population et également du système de soins et de prise en charge sociale et psychologique...

Les préconisations sur la santé de l'enfant, issues de divers rapport récents (cour de comptes 2021, IGAS 2020) posent de nombreuses questions et éludent l'articulation entre pédiatrie de ville, hospitalière et de PMI : exemple le rapport de la cour des comptes ignore pour l'avenir la place des médecins de PMI dans la réalisation des examens obligatoires des enfants en proposant de les confier aux seuls "médecins traitants" de l'enfant. Est également hors champ dans ces rapports la perspective d'un service public de la santé de l'enfant qui permettrait d'assurer, de la période périnatale à l'adolescence, la

⁴ CNFPT La démographie des personnels territoriaux au 31/12/2006, oct.2009

⁵ https://snmpmi.org/IMG/pdf/etudes_et_resultats_drees_1227_mars2022_er1227_0.pdf

continuité et l'articulation des soins préventifs et curatifs de l'enfant par tous les acteurs concernés.

Quelles réponses ?

➔ **Prioriser pour la PMI des problématiques en santé périnatale et petite enfance**

Par exemple :

* La prévention dans le domaine des **interactions précoces parents-bébé** et de la **santé psychique et mentale des femmes enceintes et des jeunes enfants** (*illustration par les visites à domicile des sages-femmes et des puéricultrices, les actions de soutien à l'allaitement, le travail transdisciplinaire d'accompagnement "de la vie quotidienne" autour du sommeil, de l'alimentation, des pleurs du bébé..., les entretiens individuels ou en groupe avec des psychologues, des psychomotriciens, les ateliers parents-bébés, les lieux d'accueil parents-enfants, l'accompagnement vers un mode d'accueil, les actions collectives autour de la lecture, de la musique, du jeu, de l'éveil moteur,...*).

* 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** (*exemples du dépistage des troubles sensoriels, des troubles du langage, de la participation de la PMI à la mise en place d'ERTL 4 ou du livret de repérage et de dépistage des TND, du travail avec les réseaux des nouveau-nés vulnérables, de l'accompagnement des enfants en situation de handicap et de leurs parents dans les soins et la vie sociale...*).

* La prévention en pré et post-natal concernant les **déterminants environnementaux nocifs pour la santé et le développement** (*multiples initiatives en cours, cf. flyer de prévention en direction des femmes enceintes et des parents de bébés par l'ARS de Nouvelle-Aquitaine⁶ et livret pour des mesures environnementales en EAJE⁷, guide de la DGS travaillé avec le CANA-PMI sur les risques chimiques dans l'environnement des jeunes enfants*).

* 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 (*exemples de l'accès aux droits pour les femmes enceintes, de la lutte contre l'habitat insalubre...*).

⁶ https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-2/Flyer_ARS_SSE_Papa_Maman_02_2018.pdf

⁷ https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Guide_Recocroche_petite_enfance_0.pdf

Problématiques auxquelles il convient d'associer celles relatives à la **promotion de la santé sexuelle et reproductive** notamment dans leur dimension d'anticipation de la conjugalité et de la parentalité.

➔ **Adopter un plan de financement de la PMI-PF à hauteur de 200 millions d'€ dans un premier temps pour atteindre + 500 millions à plus long terme**

* 100 millions d'€ au titre du rattrapage des 10 années écoulées où, selon le rapport Peyron, le budget total de la PMI en France a été amputé de cette somme.

* 100 millions d'€ pour mettre en œuvre les priorités de l'engagement n°1 de la stratégie de prévention et de protection de l'enfance (cf. notre proposition détaillée pour les mécanismes de financement dans notre document adressé à M. Taquet en mars 2020⁸).

Notre demande de porter le financement PMI à 200 M€ (0,1% de l'ONDAM) permet d'aller au-delà du simple rattrapage et d'apporter aux services de PMI le ballon d'oxygène nécessaire pour s'engager dans la mise en place des objectifs socle opposables prochainement inscrits au CSP (recrutement de professionnels, formation, investissement logistique...).

➔ **Adopter des normes réglementaires d'activités socle pour les services de PMI**

* objectif minimal de 25 à 30% d'enfants bénéficiant en PMI des consultations infantiles et des visites à domicile par les puéricultrices,

* objectif minimal de 20% de femmes enceintes bénéficiant en PMI des consultations prénatales et des visites à domicile par les sages-femmes,

* objectif de 100% d'enfants bénéficiant des bilans de santé en école maternelle réalisés par la PMI,

* objectif minimal de 20% de femmes et d'hommes de 15 à 30 ans bénéficiant de consultations de santé sexuelle,

⁸ **Proposition de modalités de financement articulant logiques de parcours, d'actes et de forfait** (cf. notre contribution de nov. 2018) : les départements se verraient dotés d'un financement dédié par le ministère de la santé (via les ARS + financements 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 il 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 si le département adjoint des psychologues et des psychomotriciens à cette équipe de base, niveau 3 si le suivi pluriprofessionnel inclut également une ou plusieurs professions telles les éducateurs de jeunes enfants, auxiliaires de puériculture, orthophonistes...

- * objectif minimal de 10% d'enfants, de jeunes et de femmes enceintes accueillis en PMI, bénéficiant de consultations par des psychologues, c'est-à-dire 2 à 3% de la population générale de ces catégories,
- * objectif minimal de 5 à 10% de jeunes enfants accueillis en PMI, bénéficiant de consultations de psychomotricité, c'est-à-dire 2 à 3% des enfants de moins de 6 ans.

➔ Adopter des mesures d'urgence statutaires et matérielles pour les professions en PMI

- * aligner la grille des médecins territoriaux sur celle des praticiens hospitaliers (le début de carrière des premiers se situe à 2769,44 € brut comparé aux seconds qui touchent alors 4411,11 € brut + 516,65 € d'indemnité de service public),
- * créer un cadre d'emploi pour les conseiller.es conjuguex.ales dans les CPEF,
- * définir un cadre d'exercice des puéricultrices reconnaissant pleinement leurs compétences et valorisant financièrement leur activité et revaloriser leur grille au-delà des propositions du Ségur de la santé,
- * accorder aux sages-femmes les moyens matériels et humains pour remplir leurs missions, reconnaître leur statut médical et revaloriser leur grille au-delà des propositions du Ségur de la santé,
- * promouvoir la place dans les services de PMI de professions précieuses pour l'offre de prévention pluriprofessionnelle de PMI, telles les psychologues, les éducateurs.trices de jeunes enfants, les auxiliaires de puériculture, les psychomotriciens...

➔ Inscrire dans la législation une gouvernance partagée du dispositif de PMI

- * comportant un organe d'impulsion de la politique nationale de PMI associant le ministre de la santé, le président de l'ADF et le directeur général de la CNAMTS,
- * et un organe d'impulsion technico-administratif, à savoir le CANA-PMI reconnu réglementairement et co-piloté par la DGS et la direction santé-social de l'ADF, chargé, dans le cadre des priorités politiques évoquées précédemment, de co-construire des objectifs stratégiques et opérationnels et d'animer le réseau des PMI-PF (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 »⁹).

⁹ rapport Peyron p. 105