

## **Note de travail sur les enjeux d'avenir pour la PMI (assemblée générale du SNMPMI avril 2013)**

### **Éléments de contexte**

La situation actuelle des collectivités locales et du système de santé place les services de PMI-planification familiale face à un nœud de difficultés. Alors que leur vocation première est d'apporter des réponses globales en terme de prévention et de promotion de la santé auprès des enfants, des familles, des femmes et des jeunes, diverses instances décisionnelles nourrissent des réflexions distinctes quant aux évolutions envisagées, mais toutes susceptibles d'éloigner les services de PMI de leurs missions fondamentales. Certains décideurs départementaux perçoivent essentiellement le rôle de la PMI comme celui d'un bras sanitaire de la protection de l'enfance ou comme celui d'un filet sanitaire résiduel répondant aux seules situations d'urgence sociale. D'autre part, la situation de pénurie grandissante du système de soin de proximité, notamment sur le plan pédiatrique et gynéco-obstétrical, peut conduire certaines instances des ARS à envisager le recours croissant aux professionnels de PMI dans le cadre des soins curatifs. Tout ceci dans une situation de démographie défavorable des professions de santé qui touche dès à présent directement les services de PMI eux-mêmes (cf. notamment notre étude sur la situation des médecins de PMI de nov. 2011).

Dans ce contexte la présente note vise à rappeler brièvement les acquis du dispositif de PMI qu'il est essentiel de préserver, et à discuter des pistes d'évolution prenant en compte les enjeux actuels en matière d'accès aux soins, à l'accompagnement et au soutien individuel et familial.

### **1. Originalité du dispositif de PMI dans le système de santé français**

La description du dispositif de PMI et l'explicitation des missions à préserver, à promouvoir et à développer ont fait l'objet d'un document publié en 2011 par 14 organisations professionnelles, syndicales, familiales et citoyennes, cf.

[http://www.snmpmi.org/IMG/pdf/document\\_inter\\_organisations\\_avenirPMI\\_4nov2011\\_pour\\_les\\_sites.pdf](http://www.snmpmi.org/IMG/pdf/document_inter_organisations_avenirPMI_4nov2011_pour_les_sites.pdf)

#### ***Quelles sont les principales caractéristiques du dispositif de PMI ?***

- Implication de divers acteurs (Etat, collectivités locales, assurance-maladie), définition légale des missions (code santé publique).
- Service public de santé globale agissant en population, avec une approche universelle des publics concernés associée à des actions contextualisées vers des publics exposés à des difficultés spécifiques.
- Missions essentiellement tournées vers la prévention et la promotion de la santé, sans exclure la pratique de soins curatifs dans le prolongement des soins préventifs.
- Exercice médico-psycho-social clinique de terrain combiné à la mise en œuvre de programmes de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé...
- Prise en compte et action d'ensemble sur les déterminants de la santé, notamment dans le cadre de la réduction des inégalités de santé touchant l'enfance et la famille.
- Pratiques de pluridisciplinarité et de partenariat, activités en structures de santé (centre de PMI, centres médico-sociaux...) et dans la cité (domicile, école...).
- Accessibilité : gratuite, structures de proximité et / ou intervention au sein des milieux de vie.

Service public de santé d'approche individuelle et populationnelle, engagement préventif prépondérant, prise en compte globale des déterminants de santé : tels sont des caractéristiques essentielles du dispositif de PMI à préserver et promouvoir.

## **2. Quelles réponses possibles pour faire face aux évolutions des besoins en santé et aux nouveaux enjeux institutionnels ?**

*Les questions qui apparaissent en filigrane dans les orientations en réflexion parmi les instances officielles :*

- Dans le cadre de l'acte III de la décentralisation, la PMI, service de santé généraliste, a-t-elle encore sa place au sein de collectivités comme les départements ? Si oui, ses missions ne risquent-elles pas d'être officiellement reconfigurées (recentrées vers la protection de l'enfance, l'urgence sociale, cf. ci-dessus) ? Sinon quelle autre tutelle pourrait l'intégrer dans son giron : ARS, région, ministère de la santé ?
- Dans une situation de tension de l'offre de soins en pédiatrie et gynécologie-obstétrique, faut-il remettre en cause la dimension structurellement préventive des missions pour inscrire la PMI dans le champ des soins curatifs ne comportant plus qu'un prolongement préventif résiduel ?
- Quel type de financement (dotation pérenne de service public, financement par projet et à l'acte, combinatoire des deux...) ? Quelle place des acteurs dans le financement (Etat, collectivités locales, assurance maladie) ?
- ... ?

*Pour tenter de répondre à ces questions, quelques pistes de réflexion : quels principes voulons-nous préserver, développer ?*

- Travailler à la meilleure articulation possible entre l'inscription sans ambiguïté de la PMI dans le système de santé, et sa proximité avec les enjeux sociaux et éducatifs incontournables en santé familiale et infantile.
- Réfléchir la dialectique « soins préventifs – soins curatifs » en tant qu'enjeu de complémentarité et de cohérence pour chaque acteur du système de santé dans sa pratique propre, et en tant qu'enjeu de liens partenariaux pour la coordination et la continuité des soins pour tous les acteurs ; cela devrait s'envisager sous l'angle de dosages différents entre part préventive et part curative des soins selon les acteurs, cf. 1<sup>o</sup> § page 4.
- Illustrer et maintenir l'axe de promotion de la santé reposant sur la combinaison entre activité clinique médico-psycho-sociale de terrain et activité programmée collective de prévention et de santé publique.
- Intégrer la question des différents niveaux nécessaires d'élaboration de la politique de santé familial et infantile et de la planification familiale : niveau gouvernemental (place d'une l'instance nationale, cf. p.3), niveau régional (ARS), niveau local (départements et territoires de santé + niveau infra départemental).
- Poser les enjeux de financement en fonction des logiques de prévention et de promotion de la santé exposées au point 1 ; le financement à l'acte, voire à la capitation ou au parcours de soins, répondant à une approche bio-médicale classique d'une médecine par organe ou par appareil, n'est pas à même de couvrir le champ préventif où les approches multidimensionnelles et les réponses pluridisciplinaires et partenariales sont essentielles ; le financement par projet se heurte également à une logique de segmentation thématique et temporelle réductrice et inadaptée au champ global et au temps long de la prévention ; si ces modes de financement peuvent contribuer, ce n'est qu'en complément d'une modalité principale de financement de la mission permanente de service public de PMI par une dotation pérenne.
- ...

### **3. Notre hypothèse de travail**

Nos propositions d'évolution doivent donc permettre :

- de préserver les atouts de la PMI, service de santé fondamentalement dédié à la prévention,
- d'accroître son intégration fonctionnelle avec les autres acteurs de santé dans la perspective d'une articulation plus étroite entre soins préventifs et curatifs et entre les différents âges de l'enfance et de l'adolescence,
- d'offrir à l'ensemble des acteurs le cadre d'une politique de santé de l'enfance et de la famille, elle-même partie-prenante d'une politique nationale de l'enfance,
- de maintenir des liens étroits avec les politiques et missions sociales, éducatives et de protection de l'enfance locales,
- de bénéficier de financements assurés prioritairement sous la forme de dotation pérenne de service public
- ...

Concernant la santé de l'enfant, tous les acteurs s'accordent au moins en théorie sur l'importance d'assurer la continuité sur plusieurs registres : continuité entre les différents âges de l'enfance (périnatal, petite enfance, enfance, adolescence), continuité entre les dimensions préventives et curatives des soins, continuité entre les différents métiers impliqués auprès des enfants, sur le plan santé (pédiatrie, puériculture, pédopsychiatrie, psychologie, ORL, ophtalmo, orthophonie, psychomotricité, etc.) et sur les autres dimensions de la vie des enfants (éducation, culture, social, etc.), et donc continuité entre les différentes institutions concernées.

Dans ce cadre la question de l'articulation entre soins préventifs et curatifs mérite discussion. De la grossesse à l'accouchement, du bébé à l'enfant puis à l'adolescent, les actions menées dans le cadre de la politique de PMI sont avant tout préventives. En effet la grossesse n'est pas une pathologie, pas plus que l'accouchement, pas plus que la croissance et le développement d'un enfant ni que l'accès à la sexualité et à la planification familiale. S'ajoute naturellement à cette pratique préventive la prise en compte de pathologies bénignes, ORL..., ainsi que de grandes variantes de développement et de comportement qui peuvent poser question chez des enfants,... sans oublier le dépistage de troubles plus sévères sensoriels, cognitifs, psychoaffectifs, pédo-psychiatriques qui vont nécessiter un accompagnement jusqu'à une orientation spécialisée. La difficulté à distinguer radicalement soins préventifs et soins curatifs tient notamment à la période de la vie dans laquelle s'inscrit le champ d'action de la PMI. On peut cependant noter que dans la pratique des services de PMI le curatif se situe essentiellement dans le prolongement d'une activité principalement préventive, alors qu'en médecine de ville ambulatoire ou hospitalière, le préventif s'inscrit plutôt dans le prolongement d'une pratique tournée vers le curatif. Cette originalité du dispositif de PMI dans le système de santé devra être préservée, dans l'hypothèse d'une évolution de tout le système vers plus d'intégration entre ses différentes composantes.

Les multiples enjeux de continuité évoqués impliquent de construire les instances de coordination et de mise en cohérence des politiques de santé des enfants (et plus généralement des politiques de l'enfance).

Plusieurs éléments devraient y concourir :

- La création d'une instance nationale pour la promotion et la protection de la santé familiale et infantile est indispensable pour favoriser l'impulsion d'une politique nationale de santé de l'enfant et de l'adolescent, de la famille. Instance dont le degré d'intégration avec la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant est à discuter.
- Cette instance nationale pourrait trouver son pendant auprès des ARS sous la forme d'une instance régionale pour la promotion de la santé de l'enfant et de la famille (déclinaison

populationnelle des comités de coordination des politiques de prévention), réunissant tous les acteurs concernés, chargée de mutualiser les expériences, de favoriser une pensée plurielle sur les enjeux de la prévention et des soins et d'impulser des stratégies partagées, en s'appuyant sur les pratiques de terrain et en favorisant les élaborations locales.

- Au plan local, il faudrait charpenter sur un mode fonctionnel des espaces communs de travail permanent, plus cohérent, comme le prévoyait le projet des secteurs unifiés de l'enfance. Une des pistes serait de rassembler en équipes de travail souples mais pérennes tous les professionnels de l'enfance sur un territoire commun : PMI, santé scolaire et RASED, pédopsychiatrie, acteurs de la pédiatrie hospitalière, aide sociale à l'enfance, protection judiciaire de la jeunesse, services sociaux, etc. Cette articulation fonctionnelle de toutes les institutions entend favoriser des habitudes de travail partenarial dans le champ des soins préventifs qui nous intéresse, les situant en continuum avec celui des soins curatifs, et articulés avec les autres sphères de la vie des enfants et des familles.

Des propositions ont été faites dans le sens de l'impulsion et de la coordination des politiques et des acteurs de santé par des groupes de travail de la récente conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale<sup>1,2</sup>.

***A ce stade le SNMPMI propose de travailler sur le cadre d'évolution suivant :***

1) ***Le service de PMI conserve son ancrage au département et ses missions actuelles***, à savoir la prévention et promotion santé de l'enfant et de la famille, la planification familiale, les modes d'accueil, la protection de l'enfance, le dépistage et l'accompagnement des enfants porteurs de handicap et de maladies chroniques, la production de données épidémiologiques et de recherches dans son domaine de compétence, etc.

Il doit bénéficier de financements élargis pour faire face à ses missions qui ont considérablement été développées depuis les années 1980 : de la part de l'Assurance maladie (cf. révision de la convention CPAM-PMI en accroissant la liste des actes remboursables et en prévoyant des financements forfaitaires sur fonds de prévention), de la part des ARS (financement pluriannuel de programmes coopératifs en prévention et santé publique), de la part de l'Etat (notamment au titre des missions de prévention incluses dans la loi de 2007 sur la protection de l'enfance). A cet égard le statut juridique des centres de consultations PMI, à la fois partie prenante d'un service non personnalisé du département (le service de PMI) et relevant d'un statut d'établissement de santé particulier (avec l'attribution de numéros FINESS reconnus au titre de l'assurance maladie), doit ouvrir droit à tout mode de financement relevant de structures de santé.

La question d'un plan d'urgence pour recruter les professionnels médicaux, paramédicaux, psychologiques, éducatifs et sociaux, afin de maintenir et de développer la PMI, constitue également une priorité.

2) ***Le dispositif de PMI s'associe à une instance publique formalisant une coopération locale***, dans un cadre fonctionnel, avec tous les acteurs de santé intervenant dans ce champ [PMI, services de santé scolaire, RASED, intersecteurs de pédopsychiatrie, CMPP, services hospitaliers concernés, centres de santé + pédiatres et généralistes libéraux participants aux missions de service publics ?, + paramédicaux (orthophonistes...)]. En ce sens la constitution d'un ***service public ambulatoire de santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille*** est une formule à examiner dans ses tenants et aboutissants.

---

<sup>1</sup> cf. groupe de travail sur les familles vulnérables : Orientation n°4 : *Lancer un plan national de santé de l'enfant et de l'adolescent, axé sur les principes de prévention et d'intervention précoce et de coordination de tous les dispositifs de santé de l'enfant*

<sup>2</sup> cf. groupe de travail santé accès aux soins : proposition de mettre en place un *service public local de santé de première ligne*

En lien avec la définition d'une politique nationale et régionale de santé de l'enfant, ces regroupements élaborent des priorités et des modalités de coopération respectant les champs et prérogatives de chaque composante tout en favorisant une meilleure coordination et intégration des missions et activités mises en œuvre.

Ces regroupements bénéficient d'une animation et d'une coordination publique assurée de façon collégiale, associant ARS, conseil général, pôles hospitaliers concernés. Leur financement est assuré par une dotation de service publique venant conforter les financements existants

3) *Ce service public ambulatoire de santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille* a vocation à participer sur un territoire commun à des *secteurs unifiés de l'enfance* avec les autres acteurs que sont les professionnels de l'éducation nationale, des modes d'accueil, des maisons des parents, les lieux d'accueil parents-enfants, l'ASE, les services sociaux, les clubs de prévention, la PJJ, ... et tout le secteur associatif (notamment familial).