



Audition par la Mission d'information du Sénat sur la prévention en santé (31 mars 2025)

I. Quels composants pour aborder les politiques de prévention dans l'enfance ?

1/ Importance économique et sociale des politiques de prévention dans l'enfance

Notion du "taux de retour sur investissement dans le capital humain" à niveau d'investissement égal à tout âge : travaux de James J. Heckman et Gabriela Conti, <https://docs.iza.org/dp6930.pdf>

Voir la figure ci-dessous

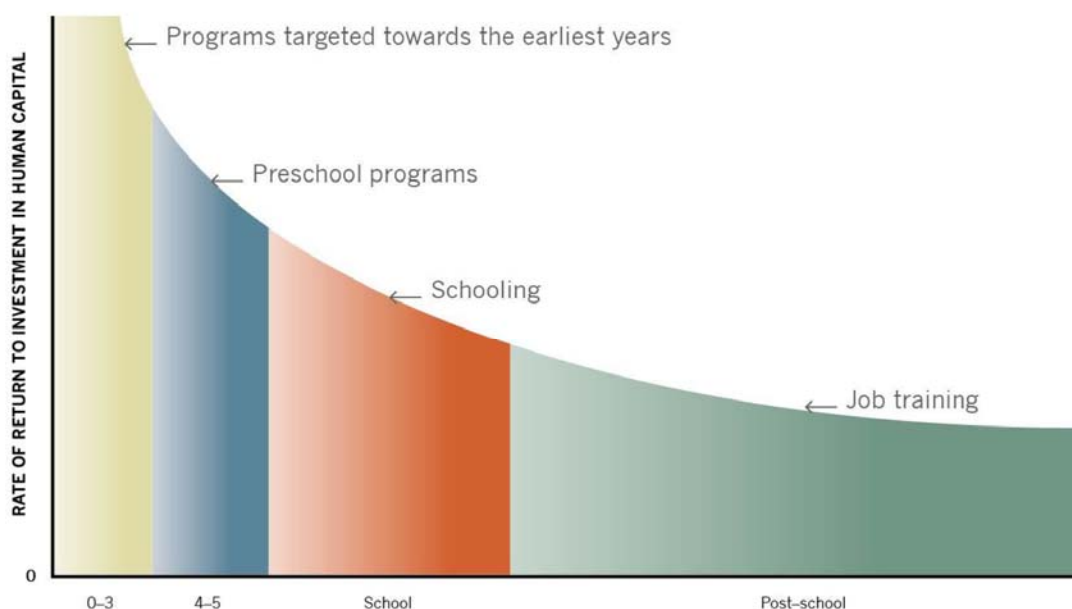


Figure 11. Returns to a Unit Dollar Invested by Stage of the Life Cycle.

Cette référence au "taux de retour sur investissement dans le capital humain", qui se place sur le plan économique, ne doit jamais faire oublier la dimension humaine des effets de la prévention précoce en matière de bien-être.

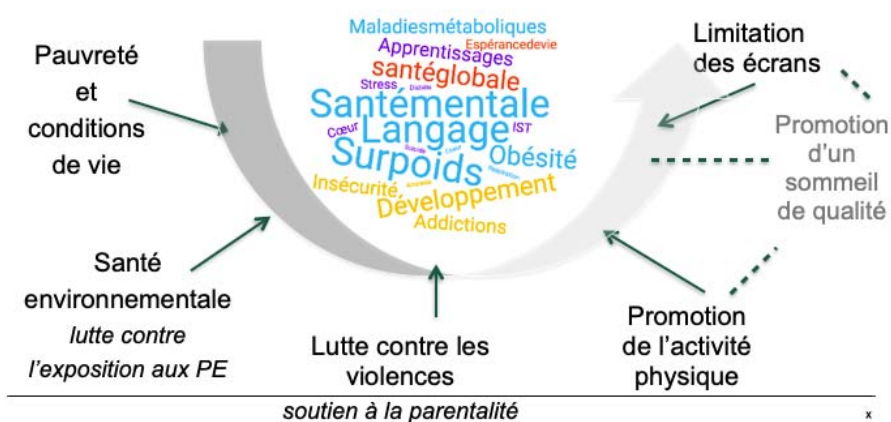
2/ Prise en compte de l'évolution des problématiques de santé : développement, maladies chroniques, santé mentale à côté des grandes constantes à l'actualité particulière en France (mortalité infantile).

La hausse régulière des pathologies somatiques liées à l'environnement (obésité, asthme, allergies) justifie des mesures de prévention avant tout sociale et sociétale : réduction des inégalités sociales, lutte contre la pauvreté et pour un logement sain, amélioration des circuits de distribution alimentaire... Il est tout particulièrement indispensable de développer des politiques publiques de réduction des risques en santé environnementale afin de

prévenir et minimiser les conséquences développementales néfastes de l'exposition aux environnements toxiques dès la conception et tout au long de l'enfance. Des stratégies multisectorielles doivent être menées, assorties d'objectifs et de moyens concernant un nouveau recul de la mortalité infantile, les maladies chroniques infantiles (diabète, asthme, obésité...), les maladies rares, les troubles développementaux et les handicaps, la pédopsychiatrie, la lutte contre les violences aux enfants et contre les violences conjugales.

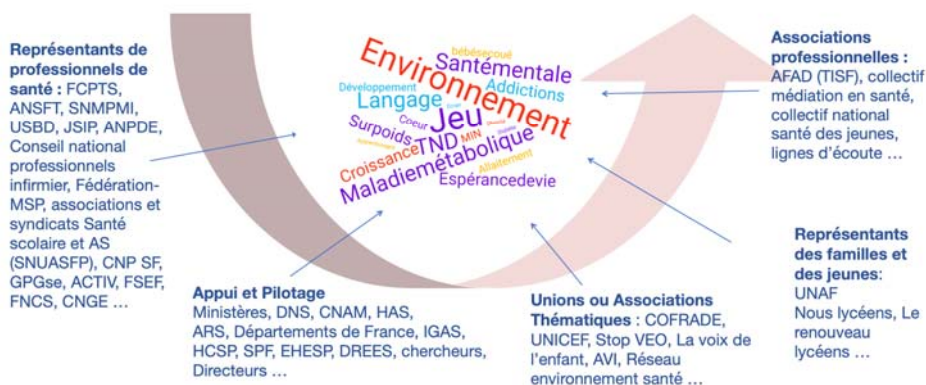
La vaccination contre les maladies infectieuses et les évolutions positives récentes de l'immunoprotection (Beyfortus) restent un axe historique et important de la prévention, mais celle-ci doit viser les déterminants multifactoriels plus complexes par une approche systémique.

Approche systémique des grands défis à moyen & long terme



3/ Importance d'une approche intégrée / coordonnée des différents acteurs avec une articulation étroite des dimensions préventives et curatives.

Un ensemble d'acteurs impliqués en prévention auditionnés.



L'étude fine des pathologies et des processus développementaux de l'enfant démontre qu'une démarcation absolue entre soins curatifs et soins préventifs n'a pas lieu d'être, cf. ci-après.

4/ Pour permettre une prévention bien ciblée, la connaissance de la santé en population est essentielle

Seuls deux acteurs sont en capacité de fournir des données épidémiologiques pour la quasi totalité des enfants en vue d'une analyse exhaustive des problématiques de santé des enfants et des adolescents : la PMI et la santé scolaire.

Il est essentiel de pouvoir les compléter par des études qualitatives du champ socio-anthropologique.

Ceci :

- nécessite des financements et une coordination nationale,
- doit fédérer acteurs de terrain et acteurs de recherche,
- doit permettre aussi d'évaluer les actions "phares".

Exemples de la combinaison féconde de l'expertise de terrain articulée aux études scientifiques : cela a pu être vérifié concernant les problématiques du saturnisme, des écrans...

5/ Dialectique entre les déterminants de santé et les caractéristiques du développement de l'enfant

La prévention dans le domaine de l'enfance et de la famille porte donc sur l'ensemble des politiques et des dispositifs et activités favorisant la santé et le développement des enfants et de la fonction parentale dans tous leurs aspects : physiques, psychiques, sociaux, environnementaux, culturels... Le développement d'un système de soins et de santé mieux axé sur la prévention est un des éléments de cette politique, parmi l'ensemble des politiques publiques dont les impacts sur la santé des enfants doit être anticipé.

Le caractère multidimensionnel du développement des enfants implique que tout enfant, quel que soit son milieu, son histoire peut rencontrer des difficultés voire des troubles dans son développement, sachant également que le cumul d'adversités de tous ordres est le plus susceptible de l'affecter ainsi que de dégrader sa santé. Cela signifie que la politique et les dispositifs de prévention doivent s'adresser à tous les enfants, en prenant tout particulièrement en compte les inégalités sociales de santé et les enfants vivant dans les situations sociales et économiques les plus défavorables. On parle donc ici d'une politique à la fois *universelle*, puisque tous les enfants sont concernés par les enjeux développementaux, quel que soit leur milieu social, leur(s) culture(s), leur histoire transgénérationnelle, mais aussi *proportionnée*, selon une notion d'universalisme proportionné répondant aux mêmes besoins mais avec des intensités de réponses adaptées aux situations concrètes et au gradient social¹.

6/ Quel système de santé pour favoriser la prévention et la promotion de la santé ?

Du côté du système de santé, il s'agit de répondre aux enjeux de santé à caractère global et interactif, aux enjeux du développement compris comme un processus complexe et multimodal, à une approche contextuelle adaptée à la situation de chaque enfant, de

¹ Alain Lopez, Marguerite Moleux, Françoise Schaetzel, Claire Scotton. Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Inspection générale des affaires sociales RM2011-065P. https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/files-spip/pdf/rm2011-065p_les_inegalites_sociales_de_sante_dans_l_enfance_sante_physique_sante_morale_conditions_de_vie_et_developpement_de_l_enfant.pdf

chaque famille. Dans ce cadre favoriser la prévention et la promotion de la santé invite à organiser le système de santé sur les principes :

- *De la continuité des soins de santé* tout au long de l'enfance, du fait : du besoin de suivi préventif longitudinal de la croissance et de la maturation de l'enfant afin de promouvoir sa santé globale et de dépister d'éventuelles affections ; de la place croissante des maladies chroniques et des handicaps de l'enfant ; de la dimension de dynamique développementale complexe et non linéaire ; des enjeux de coopération avec les parents et du rôle de l'entourage social de l'enfant.

- *De l'articulation étroite des dimensions préventives et curatives* des soins. L'étude fine des pathologies et des processus développementaux de l'enfant démontre qu'une démarcation absolue entre soins curatifs et soins préventifs n'a pas lieu d'être². S'il est légitime que certains professionnels de santé développent une pratique centrée sur la promotion de la santé et la prévention comme en PMI et en santé scolaire tandis que d'autres se consacrent essentiellement à guérir des enfants malades comme en pédiatrie hospitalière, la pratique des uns comme des autres inclut des facettes préventives, curatives et d'éducation thérapeutique dans bien des situations.

- *D'une pratique transdisciplinaire et interinstitutionnelle* entre professions de santé impliquées auprès des enfants et des adolescents et autres acteurs professionnels de l'enfance car les inégalités sociales et les multiples déterminants de santé imposent la transdisciplinarité pour apporter les réponses les mieux ajustées aux besoins des enfants, des adolescents et des familles.

II. Comment la PMI exerce-t-elle ses missions de prévention ?

1/ Bref descriptif du dispositif PMI

Le dispositif de PMI est :

- entièrement dédié à la prévention (ses missions légales sont inscrites dans le Code de la Santé Publique sous le titre de "Protection et promotion de la santé maternelle et infantile") ;
- tourné vers les femmes enceintes, les nourrissons et les enfants de moins de six ans, les adolescents, dans une démarche de prévention précoce et proposant des services médicaux préventifs universels accessibles à tous (prévention généraliste) mais également s'ajustant aux situations et populations rencontrant des difficultés particulières selon le principe de *l'universalisme proportionné* (prévention ajustée voire ciblée).

Les services de PMI proposent ainsi des consultations préventives médicales et de puériculture, des entretiens notamment psychologiques, des visites à domicile, des actions collectives de promotion de la santé, le suivi des grossesses, de la croissance et du développement de l'enfant, les vaccinations de la première enfance, le dépistage des déficiences et handicaps, l'accompagnement et l'orientation vers des services spécialisés, des activités de promotion en santé sexuelle, la prévention et prise en compte des situations de protection de l'enfance, et les missions d'agrément, de suivi et de contrôle des modes d'accueil du jeune enfant.

Des équipes pluridisciplinaires sont chargées de les mettre en œuvre au quotidien : sage femme, puéricultrice, médecin, auxiliaire de puériculture, psychologue, psychomotricienne, éducatrice de jeunes enfants, conseillère conjugale. Elles peuvent s'appuyer sur d'autres

² Suesser P. Petite enfance, penser la prévention en grand. Erès, Toulouse, 2013

compétences en fonction des besoins (épidémiologie/exploitation des certificats de santé, travail de recherche, santé publique, anthropologie, sociologie...).

Elles s'inscrivent dans un partenariat territorial (maillage/réseau) : maternités et hôpitaux, médecins de ville pédiatres et généralistes, sages-femmes libérales et hospitalières, pédopsychiatrie (CMP/CMPP), CAMSP, santé scolaire et RASED, services sociaux, services de protection de l'enfance, éducation nationale, modes d'accueil...

Ces activités permettent de combiner les différentes facettes de la prévention :

- biomédicale : lutte contre les infections (ex : la vaccination),
- épidémiologique : lutte contre l'exposition aux facteurs de risque par l'approche populationnelle (ex : lutte contre le saturnisme infantile),
- par l'éducation pour la santé : promotion de la santé (permettre à l'individu de faire des choix de santé), action sur les comportements (ex : prévention des accidents de la vie courante).

Cette pratique vise à produire une :

- *prévention prévenante* : articulation souple entre ce que le parent ou l'enfant « peuvent » et ce que le professionnel « sait » ;
- *prévention non prédictive* : éviter la prophétie auto-réalisatrice, pratiquer une prévention plutôt anticipatrice s'appuyant sur le vécu et les potentialités de l'enfant, de ses parents ;
- *prévention universelle* visant à créer le meilleur environnement en luttant contre les inégalités sociales et territoriales de santé : elle s'adresse à tous, mais aussi *prévention ajustée* en fonction de l'exposition ou du cumul d'exposition à des facteurs de risque ou de fragilité/vulnérabilité ;
- *prévention évitant la standardisation* par une approche individualisée et singulière des problématiques de santé et du développement de l'enfant, de la parentalité sans trop de standardisation de la démarche et des réponses, en mesurant le bien fondé ou non, selon les thématiques, d'objectifs plus ou moins « normatifs » ;
- *prévention prenant en compte l'environnement de l'enfant* (social, familial, culturel...), l'histoire individuelle ;
- *prévention s'appuyant sur une action simultanée sur les déterminants* de la santé (logement, niveau socio-professionnel, culture, éducation, alimentation...).

A noter :

- L'implication des équipes de PMI dans les missions de protection de l'enfance : la maltraitance (violences ou carences) compromet le développement et la santé de l'enfant, la PMI peut mettre en place des actions d'accompagnement des familles en difficultés sur le plan éducatif et participe à l'évaluation des situations de danger (ex : informations préoccupantes).
- Les services de PMI ont des missions spécifiques auprès des modes d'accueil, EAJE et assistantes maternelles : agrément, accompagnement et contrôle des structures et des professionnels de l'accueil (et formation pour les assistantes maternelles).

2/ Les difficultés actuelles du dispositif PMI

Selon le rapport Peyron, entre 1995 et 2019 : 49% de consultations PMI en moins pour les enfants avant 6 ans (de 2,7 millions à 1,38 millions d'examen), entre 2004 et 2019 : 36% de visites à domicile de sages-femmes PMI en moins auprès des femmes enceintes (de 275 000 à 188 000). Le rapport Peyron notait aussi l'absence de pilotage national de cette politique et précisait que la diminution des activités de prévention en santé se faisait au profit des activités de protection de l'enfance ou relatives aux modes d'accueil.

Selon les données DREES, entre 2010 et 2022 : - 38% de médecins et - 20% de psychologues en PMI, mais seulement + 7% de puéricultrices et infirmières, le différentiel entre les effectifs cumulés des professions de médecin et de puéricultrices/infirmières actant une perte de 400 ETP sur cette période.

La dépense nationale de PMI (environ 400 à 500 millions d'euros) équivaut à 0,2% de la dépense nationale de santé (256 milliards d'euros). Le rapport Peyron estimait que la dépense de PMI avait chuté de 100 millions d'euros en 10 ans, soit 20% du total. Nous ne possédons pas les données pour établir si les résultats de la contractualisation en prévention/protection de l'enfance entre l'Etat et les départements a permis un rattrapage.

3/ Propositions pour réarmer les services publics de santé préventive de l'enfant et l'adolescent et de la famille, tels la PMI et la santé scolaire

Les assises de la santé de l'enfant ont émis des propositions mais encore insuffisantes et sans aucun début d'application à ce stade.

Concernant la PMI, les principaux axes de redressement portent sur :

- **la gouvernance partagée** entre l'Etat et les collectivités départementales, en lien avec l'ensemble des partenaires notamment l'assurance maladie, chargée, dans le cadre des priorités pluriannuelles de PMI prévues par le code de santé publique, de co-construire des objectifs stratégiques et opérationnels et d'animer le réseau des structures de PMI et de santé sexuelle ;

- **le financement** par l'ajout à court terme de 200 M€ au financement actuel de la PMI (0,1% de la dépense nationale de santé) pour aller à moyen terme vers 500 M€ portant l'ensemble de la dépense de PMI à 1 Milliard € : il faudrait y intégrer le remboursement de l'activité des puéricultrices et des psychologues (à l'instar des médecins et des sages-femmes) articulé à un financement forfaitaire lié au parcours de soins préventifs en PMI des enfants et des femmes enceintes ;

- **les taux de couverture populationnelle minimales** attendues ainsi que **les normes minimales d'effectifs** pour y parvenir : une puéricultrice pour 120 naissances, un médecin pour 350 naissances, une sage-femme pour 530 naissances et une psychologue pour 1000 naissances conformément aux propositions des Assises de pédiatrie ;

- **l'attractivité statutaire et financière des métiers** : réingénierie du diplôme de puéricultrice en valorisant financièrement leur activité et en revalorisant leur grille au-delà du Ségur de la santé ; reconnaissance du statut médical des sages-femmes en revalorisant leur grille au-delà du Ségur de la santé ; création d'un cadre statutaire commun aux médecins salariés de la fonction publique (PMI-santé sexuelle, santé scolaire, centres de santé, ministères-ARS) en alignant leur grille sur celle des praticiens hospitaliers ; création d'un cadre d'emploi pour les conseiller.es conjugaux.ales dans les centres de santé sexuelle ; revalorisation des grilles salariales des autres professions des services PMI.