

## **Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile (S.N.M.P.M.I.)**

---

### **Éléments de réflexion sur le dossier décentralisation / réorganisations en PMI soumis comme contribution à la discussion lors de l'assemblée générale du SNMPMI de mars 2005**

*Les éléments développés ci-après constituent des points de repères proposés pour formaliser une réflexion du Syndicat national des médecins de PMI autour des questions de décentralisation et de réorganisations des services départementaux :*

→ Au nom de quel modèle se jouent la plupart des processus de réorganisations ? Sont évoquées la plus grande proximité avec les besoins des usagers et l'approche globale des familles basées sur la complémentarité des actions sociales, éducatives et/ou de soins pour justifier les différents schémas de "territorialisation" des politiques publiques départementales d'action sociale (action sociale dans laquelle est souvent implicitement incluse/enfouie la PMI).

→ Pourtant le législateur (poursuivant en 1989 le travail entrepris depuis 1945) a entendu fixer un dispositif national pour la "protection et promotion de la santé de la famille et de l'enfant", encadrant notamment lors de la décentralisation des années 80 la mise en œuvre de cette politique par les divers acteurs, au premier titre le département. Cela s'inscrit dans une histoire où la santé publique, la médecine sociale et de prévention, et plus récemment la promotion de la santé, font l'objet de politiques publiques pour lesquelles l'État entend imprimer sa marque (malgré l'insuffisance d'impulsion nationale constatée en pratique). D'autre part, les pouvoirs publics n'ignorent pas que les disciplines concourant à la PMI (santé publique, médecine sociale appliquées à la santé de la famille et de l'enfant...) nécessitent des compétences spécifiques et approfondies incarnées par des gens de métier (médecins, puéricultrices, sages-femmes, etc.) formés à ces approches.

→ Les modèles évoqués dans les deux paragraphes précédents ont chacun leur légitimité propre et ne sont en aucune manière fatalement contradictoires. Au contraire, notre réflexion gagnerait à promouvoir dans son principe la nécessité d'une prise en compte complémentaire des préoccupations mentionnées ci-dessus : comment trouver des formes d'organisation combinant le caractère spécifique et spécialisé de l'exercice de la promotion de la santé en PMI avec l'ouverture sur un partenariat de terrain incluant en particulier les aspects sociaux et éducatifs de l'accompagnement des familles ?

→ En terme d'organisation, il s'agit donc de gérer une dialectique permanente entre :

- la dimension verticale, c'est-à-dire l'existence d'un service de PMI, dont les personnels sont placés sous l'autorité hiérarchique et technique d'un médecin, garantissant l'organisation des compétences nécessaires à l'exercice des missions spécifiques de PMI et leur mise en œuvre,
- et la dimension horizontale, c'est-à-dire une articulation fonctionnelle étroite de compétences complémentaires dans le champ de la santé, de l'action sociale et de l'accompagnement éducatif, débouchant sur une action pluridisciplinaire de terrain.

→ L'organisation verticale doit favoriser l'exercice des missions légales et des orientations propres au département en matière de santé maternelle et infantile, l'organisation horizontale doit contribuer à mettre en place des politiques intégrées d'action sociale et de santé sur un territoire selon les orientations sociales générales de la collectivité. La responsabilité des professionnels sociaux, éducatifs et de santé consiste alors à gérer collégialement à chaque échelon (central et terrain) une négociation entre les enjeux spécifiques aux politiques sectorielles et les enjeux des politiques partagées de terrain.

→ Dans un tel cadre, les aspects d'articulation hiérarchique (verticaux) et d'articulation fonctionnelle (horizontaux) peuvent se décliner selon diverses modalités organisationnelles.