

——— *Union Confédérale des Médecins Salariés de France* ———

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

---

*Siège social, secrétariat :*

65-67 rue d'Amsterdam

75008 Paris

Tél : 01.40.23.04.10

Fax : 01.40.23.03.12

Mél : [usmcsparis@free.fr](mailto:usmcsparis@free.fr)

*c.c.p. Paris 6214-83 F*

# **Quelles perspectives pour la PMI en 2003 ?**

***Texte d'orientation du SNMPMI  
Adopté par l'assemblée générale des 28-29 mars 2003***

# Quelles perspectives pour la PMI en 2003 ?

## I. Quelques points forts des dispositifs et des pratiques de promotion et protection de la santé de la famille et de l'enfant

- Implication de divers acteurs : Etat, collectivités locales, organismes de sécurité sociale (art. L.2111-1 du code de la santé publique) ; définition légale des missions (Art. L. 2111-1 à 3 et L. 2112-1 à 6 du code de la santé publique).
- Approche globale des problèmes de santé (aspects biomédicaux, sociaux, psychologiques...).
- Dimension essentielle de prévention et promotion de la santé, action sur les déterminants de santé, intervention dans les milieux de vie (la cité, la famille), notion de continuum soins préventifs-soins curatifs.
- Articulation étroite d'actions médico-sociales de terrain (consultations, visites à domicile, accueils...) et d'activités programmées de santé publique (action sur les "facteurs de risque", éducation pour la santé, réseaux, santé communautaire...).
- Activité en population générale (familles, enfance, jeunesse) et actions contextuelles ciblées.
- Accessibilité : gratuité, structures de proximité et/ou intervention au sein des milieux de vie.
- Développement de pratiques de pluridisciplinarité et de partenariat, travail en réseau.

⇒ **La PMI constitue un dispositif original dans le système de santé en France, combinant action médico-psycho-sociale préventive de terrain et activité de santé publique auprès des familles, des enfants, des jeunes.**

## II. Bilan contrasté pour la PMI après 15 ans de décentralisation

- "Succès" des politiques antérieures de PMI :
  - \* Rapport du Haut Comité de Santé Publique "La santé en France" 1994 : *"La bonne couverture du territoire en services de protection maternelle et infantile, la qualité de ces services, la dynamique donnée à la prise en charge de la mère et du nouveau-né par le programme de périnatalité des années 1970 - un des seuls véritables programmes de santé publique qui ait vu le jour en France - expliquent les progrès accomplis dans le domaine de la périnatalité"*.
  - \* Rapport de la Défenseur des enfants 2002 : *"La PMI : un système de santé performant mais une réalité inégale", (...)* *"la PMI demeure un point d'ancrage essentiel pour la prévention et le suivi des familles"*.
- Loi n°89-899 du 18-12-1989 et décret d'application n°92-785 du 6-8-1992 : ces textes ont posé un cadre globalement pertinent pour l'organisation et la mise en œuvre des missions de protection et promotion de la santé de la famille et de l'enfant.
- Mais il existe d'importantes inégalités d'application s'exprimant sous divers aspects :
  - \* Disparité selon les départements de la dépense par habitant pour la PMI, disparité quant au nombre d'enfants vus en consultation ou à domicile pour 100 enfants de moins de 4 ans (source Annuaire ANDASS des données sociales et de santé 2000 des Conseils généraux – édition n°8 janvier 2002).
  - \* Non respect par de nombreux départements des normes minimales fixées par le décret n° 92-785 : en 1995, 38 départements se situaient sous la norme pour le nombre de sages-femmes, 34 pour le nombre de puéricultrices, 58 pour le nombre de consultations d'enfants (=43% des naissances) - source Documents statistiques SESI n°303 avril 1998.
  - \* Mise en œuvre des orientations et modalités d'organisation de la PMI très variables selon les départements : par exemple, *"services de PMI positionnés de fait sous la tutelle de l'ASE, sanitaire placé sous la dépendance du social, disparition des missions de soins et de suivi de l'enfant derrière d'autres tâches jugées prioritaires"* (constats établis par le Haut Comité de la Santé publique dans son rapport 1997 à la Conférence nationale de santé, pp. 27-28). D'autres départements ont au contraire maintenu ou développé les activités de la PMI comme les consultations, le travail en école maternelle, etc., certains sont cités pour leur dynamisme très important dans ce domaine (Rapport 2002 de la Défenseur des enfants). Ce même

rapport souligne à son tour qu'une grande disparité règne entre les services de PMI selon les départements et plus encore selon les régions rurales et urbaines.

⇒ **Ces évolutions dans le sens d'une grande disparité territoriale (en quantité et qualité) des services et soins de PMI offerts à la population nécessitent d'en tirer un bilan approfondi, compte tenu :**

- \* **des orientations gouvernementales affirmant la mission régaliennne de l'Etat en matière de santé publique,**
- \* **des projets de nouveaux transferts de compétences dans le cadre d'une seconde étape de la décentralisation.**

### **III . Notre ambition pour la promotion et protection de la santé de la famille et de l'enfant : une politique nationale garantissant l'égalité d'accès à ces soins et services sur tout le territoire**

- Un constat : les priorités affirmées pour la future loi de programmation en santé publique (prévue courant 2003) s'articulent autour de la prévention, du dépistage, de l'éducation pour la santé. Ces trois dimensions sont au cœur même des principes qui régissent la PMI, énoncés ci-dessus au I. Ainsi, la PMI peut apparaître, lorsque les collectivités l'ont développée dans ses multiples dimensions, comme un des laboratoires d'expériences et de pratiques pour les futures politiques de santé publique.
- Une nécessité : les forces et faiblesses décrites ci-dessus au II. justifient de repenser les places respectives de l'Etat et des collectivités locales, dans la définition, la mise en œuvre, l'évaluation et le contrôle des politiques de santé de la famille et de l'enfance.

⇒ **C'est pourquoi la décentralisation aux départements des compétences relatives à la PMI, acquise depuis 1985, doit aller de pair avec la mise en place d'une instance nationale garantissant la réalisation effective sur tout le territoire des missions légales en matière de PMI et planification familiale.**

**Nous demandons donc la création d'une instance nationale pour la promotion et la protection de la santé familiale et infantile, organisée autour des missions suivantes :**

- \* **évaluation des besoins, réponses, actions (processus, effets...),**
- \* **mutualisation des expériences,**
- \* **impulsion des politiques de santé, fixation de priorités et objectifs.**

**Cette instance doit être garante de l'application des textes législatifs et réglementaires relatifs à la promotion et la protection de la santé familiale et infantile et, pour cela, disposer des moyens et procédures nécessaires à son action.**

Cette instance devra être clairement identifiée comme chargée d'une mission consacrée spécifiquement à la promotion et la protection de la santé familiale et infantile. Elle pourra être soit un organisme indépendant, soit placé auprès de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ou du Haut comité santé publique. Elle développera des coopérations avec les principaux acteurs concernés : ministères, ADP, IGAS, CNAMTS, CNAF, Défenseur des enfants, CSIS, ODAS, etc.

### **IV. Quelles évolutions vis-à-vis du cadre actuel de la PMI (missions, organisation, fonctionnement) ?**

- Toute réflexion sur ces évolutions suppose au préalable que soient tirées les conséquences du **bilan actuel de la décentralisation**, en vue de prendre des **"mesures d'urgence"** pour commencer à remédier aux faiblesses constatées :
  - \* outre la création de l'instance nationale, cf. ci-dessus,
  - \* une aide aux départements "déficitaires" par rapport à l'application des normes minimales de fonctionnement ou à la mise en œuvre des missions légales : moyens matériels, soutien logistique...,
  - \* une revalorisation des statuts des professions médicales et paramédicales participant à la PMI, pour améliorer l'attractivité des emplois (sans oublier des mesures spécifiques de résorption de l'emploi précaire pour les personnels non titulaires),
  - \* une analyse des conséquences sur l'exercice des missions des acteurs de PMI des

évolutions générales à l'œuvre dans le système de santé, comme par ex. la restructuration de l'offre de soins périnataux, la crise de la filière de soins pédiatriques... ; cette analyse visera à formuler des solutions (moyens, procédures...) pour que les acteurs de PMI soient en mesure d'exercer leurs responsabilités, dans le cadre des missions qui leur sont d'ores et déjà imparties (par ex. prévention précoce en période périnatale, dépistage des handicaps et accompagnement des familles concernées, actions de promotion santé auprès des jeunes...).

- Sur des **projets d'évolution en cours de discussion** :

**\* Faut-il transférer la compétence PMI aux régions ?**

La PMI se situe au carrefour de la santé et du social. Le bilan contrasté de 15 ans de décentralisation montre que les départements qui se sont emparés de cette mission ont été à même de développer, dans la diversité, des dispositifs pertinents. L'échelon département permet en particulier d'associer des réponses de proximité en matière de soins préventifs aux familles avec les prises en charge sociales qui sont globalement de sa compétence. **Cela plaide pour le maintien au département de la compétence PMI.**

Pour autant il est nécessaire de renforcer les articulations avec les instances chargées de définir et de mettre en œuvre les politiques globales de santé, au plan national (évoqué ci-dessus au III) et régional. A ce dernier échelon, **une forme de coordination est à rechercher entre les services départementaux de PMI, et avec les autres instances régionales de santé** (ARH – futures ARS ? –, DRASS, URML...). Cette coordination favoriserait une meilleure intégration des soins préventifs et curatifs et des politiques de santé publique, et pourrait contribuer à corriger les disparités des politiques de PMI entre différents départements d'une même région.

**\* Faut-il étendre les attributions de la PMI pour les enfants au-delà de 6 ans ?**

Il convient en premier lieu de redire ici que l'acquis de la PMI autour de ses missions actuelles (périnatalité, planification familiale, prise en charge préventive jusqu'à 6 ans, modes d'accueil, etc.) nécessite d'être conforté, par l'apport de moyens suffisants. **La priorité absolue de l'heure consiste à combler les écarts territoriaux et assurer l'égal accès de la population aux services proposés par la PMI, dans son cadre actuel.**

La question posée de l'**insuffisance actuelle des dispositifs de soins préventifs pour les enfants au-delà de 6 ans**, dans leurs divers milieux de vie, **mérite une réflexion associant l'ensemble des partenaires concernés** (PMI, santé scolaire, libéraux, hospitaliers, pédopsychiatrie, autres professionnels impliqués auprès des enfants, parents...), **pour y remédier. Celle-ci portera sur : les objectifs d'un tel dispositif, ses moyens, son organisation, ses articulations avec l'existant**, etc.

Cela étant, alors qu'une partie déterminante de la vie sociale de l'enfant se déroule à l'école, son bien-être dans ce milieu est un des objectifs qui légitime une politique de promotion santé dédiée à la vie dans l'institution scolaire. C'est pourquoi, **l'existence de services et professionnels de santé scolaire doit être maintenue, assurant la prise en compte spécifique des interactions entre santé de l'enfant et conditions de vie en milieu scolaire.**

**Les réponses** qui seraient apportées, **en terme d'amélioration des dispositifs de soins préventifs pour les enfants au-delà de 6 ans, se situeraient alors non en substitution** à l'activité de la santé scolaire, **mais institueraient une coopération** entre acteurs de santé préventive, renforçant la capacité à prendre en compte et apporter des réponses aux problématiques de santé de ces enfants.

**\* Comment en PMI articuler les dimensions préventive et curative des soins ?**

A l'heure actuelle, l'essentiel de l'activité des professionnels de PMI est tournée vers les soins de prévention au plan individuel et collectif. **Cette orientation préventive fondamentale doit être maintenue.**

Cependant, tant les textes (cf. art L.2112-6, L.2311-4 et 2311-5 du code de la santé publique, art. 99 du code de déontologie médicale, circulaire 88-2 du 8-1-1988 citée dans le rapport du Défenseur des enfants) que les conditions de la pratique quotidienne ont depuis plus de vingt ans conduit les médecins de PMI à exercer des soins curatifs dans certaines circonstances.

**Dans le cadre d'une bonne organisation et complémentarité au sein des filières de soins** (cf. nouveaux SROS pédiatrie en cours d'élaboration), **il s'agirait**, pour la PMI, non de se substituer aux consultations médicales dont la fonction première est le soin ni aux

urgences, mais **de confirmer que les actes de soins préventifs peuvent intégrer une dimension curative**, si nécessaire.



## En résumé

⇒ **La PMI constitue un dispositif original dans le système de santé en France, combinant action médico-psycho-sociale préventive de terrain et activité de santé publique auprès des familles, des enfants, des jeunes.**

⇒ **Le bilan du transfert aux départements des compétences autour de la PMI, acquis depuis 1985, laisse apparaître une grande disparité territoriale (en quantité et qualité) des services et soins de PMI offerts à la population, cela indique que cette décentralisation doit aller de pair avec la mise en place d'une instance nationale garantissant la réalisation effective sur tout le territoire des missions légales dévolues en matière de PMI et planification familiale. Cette instance nationale pour la promotion et la protection de la santé familiale et infantile, répondra aux missions suivantes :**

\* évaluation des besoins, réponses, actions (processus, effets...),

\* mutualisation des expériences,

\* impulsion des politiques de santé, fixation de priorités et objectifs,

Elle devra garantir l'application des textes législatifs et réglementaires relatifs à la promotion et la protection de la santé familiale et infantile et, pour cela, disposer des moyens et procédures nécessaires à son action.

⇒ **Le bilan actuel de la décentralisation doit conduire à adopter des "mesures d'urgence" :**

\* une aide aux départements "déficitaires " par rapport à l'application des normes minimales de fonctionnement ou à la mise en œuvre des missions légales,

\* une revalorisation des statuts des professions médicales et paramédicales participant à la PMI et la titularisation des non-titulaires,

\* une analyse des conséquences des évolutions à l'œuvre dans le système de santé débouchant sur des solutions concrètes offrant aux acteurs de PMI des moyens à la hauteur de leurs missions.

⇒ **La PMI face à de nouvelles questions : apporter des réponses en gardant le cap de 1989**

\* **Acte II de la décentralisation** : le maintien au département de la compétence PMI doit s'accompagner d'une coordination formalisée au plan régional entre les services départementaux de PMI, et avec les autres instances régionales de santé, notamment dans le domaine de la pédiatrie et de la gynéco-obstétrique.

\* **Extension d'attributions** : la priorité absolue de l'heure consiste à combler les écarts territoriaux et assurer l'égal accès de la population aux services proposés par la PMI, dans son cadre actuel ; l'insuffisance des dispositifs de soins préventifs pour les enfants au-delà de 6 ans mérite une réflexion, associant l'ensemble des partenaires concernés et définissant les objectifs et les moyens pour y remédier ; l'amélioration des dispositifs de soins préventifs après 6 ans se situerait dans une logique non de substitution aux services de santé scolaire qui conservent leur pertinence, mais de coopération des acteurs.

\* **Articulation des soins préventifs et curatifs** : l'orientation préventive fondamentale de la PMI doit être maintenue ; à cette condition et dans le cadre d'une bonne organisation et complémentarité au sein des filières de soins, il s'agit de confirmer que les actes de soins préventifs peuvent intégrer une dimension curative.