

La PMI de nouveau à la croisée des chemins (Projet de document d'orientation - AG SNMPMI 2007)

<i>Projet de document d'orientation</i>	<i>Commentaires</i>
1) <u>Éléments de contexte succinctement résumés</u> - Notre intervention sur les difficultés de la PMI à l'occasion du 60^{ème} anniversaire de l'ordonnance du 2 novembre 1945, résumé dans la plate-forme intersyndicale du 3 novembre 2005 – cf. annexe 1 sur l'historique des problématiques de prévention en PMI – - Le volet prévention du projet de loi sur la protection de l'enfance, les dispositions adoptées (art. 1) relatives à l'organisation et aux missions de la PMI (fév. 2007) ; le débat sur le partenariat et le « secret professionnel partagé » dans le cadre d'une part de la loi sur la protection de l'enfance (partage de l'information couverte par le secret professionnel entre professionnels habilités), d'autre part de la loi sur la prévention de la délinquance (partage de l'information couverte par le secret professionnel étendu au maire ou à son représentant) – cf. annexe 2 sur les enjeux en matière de prévention et de secret professionnel – - Le débat scientifique et de société sur la prévention dans le champ psychique chez le jeune enfant suite à l'expertise Inserm sur « le trouble des conduites chez l'enfant » (2006) - Le caractère très normalisateur, voire dogmatique, des recommandations de l'HAS et de leur application, notamment les « Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires » (sept. 2005), celles sur l'« Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant » (mai 2002), celles sur la « Prise en charge de la psychopathie » (mai 2006), etc. - Les enjeux soulevés par le rapport de l'IGAS sur la situation de la PMI en France (janv. 2007) – cf. annexe 3 sur une lecture critique du rapport de l'IGAS – 2) <u>Analyse critique des problématiques émergeant dans ce contexte</u> - Des conceptions étriquées de la prévention en santé familiale et infantile : * approche réductrice centrée sur le seul dépistage¹ voire le repérage, avec utilisation d'outils – grilles, échelles, cotations – sans réunir toutes les garanties en terme de compétence et d'éthique ; * priorité donnée au dépistage sans développer les moyens de prise en charge et d'accompagnement vers le soin ; * pratique normative influencée par le modèle bio-médical s'intéressant essentiellement aux faits directement observables et privilégiant les méthodes d'évaluation principalement quantitatives ; * risque de déviation prédictive de la prévention alors même que cette prédiction est de nature probabiliste et n'a pas de valeur individuelle (application mécanique de la notion épidémiologique de facteur de risque aux situations singulières des personnes) ;	

- * dévoiement de la vocation préventive généraliste de la PMI vers des problématiques prédéfinies de risques (protection enfance, prévention délinquance) ;
- * écartèlement des missions, selon les orientations départementales, tantôt vers le social, tantôt vers le médical curatif ;
- * institutionnalisation d'un modèle de l'information partagée, dans le cadre d'une prévention essentiellement centrée sur les risques sociaux cf. supra, généralisant l'atteinte portée au secret professionnel.

- Une tendance à réduire le périmètre des populations concernées par la prévention :

- * ciblage de groupes désignés comme en situation de précarité, de vulnérabilité ;
- * utilisation de critères de priorité définis statistiquement mais ignorant la dimension clinique de la prévention ;
- * remise en cause de la vocation préventive généraliste et universelle de la PMI.

- Quelques propositions positives dans le rapport IGAS contrebalancées par des préconisations en recul et de récentes mesures législatives inappropriées :

- * le rapport IGAS) – cf. annexe 3 – comporte certaines avancées (propositions de mise en place d'une instance nationale sur la politique de santé enfance-famille (« *Conseil national de l'enfance* »), de meilleure implication de l'assurance maladie dans le financement, d'améliorations statutaires pour les professionnels de PMI) ;
- * il contient malheureusement aussi des préconisations en recul (ciblage de « *populations vulnérables*² » – cf. annexe 4 –, abandon des normes minimales d'activités et de personnel, approche accréditation des services sur des critères « qualité » managériaux et de résultats très réducteurs...) ;
- * le code de la santé publique vient d'être réformé dans le cadre de la loi de protection de l'enfance, avec des conséquences probables de désorganisation de services de PMI, ainsi qu'une approche de la prévention précoce obligatoire et normative (entretien 4^{ème} mois « psychosocial systématique ») à l'opposé d'une prévention « sur-mesure » adaptée aux besoins de chaque famille.

3) Quelles réponses apporte le SNMPMI ?

➤ ***Réaffirmer les principes qui nous animent en matière de conception de la prévention*** (cf. motion d'actualité adoptée par l'AG 2006 du syndicat) :

- refuser le ciblage populationnel ou thématique en général (sauf cas le justifiant comme le saturnisme par ex.) ; refuser une prévention à caractère prédictif ; refuser un abord normatif de la prévention dans une démarche sécuritaire ou de contrôle social, etc.
- mettre l'accent sur le développement des politiques publiques sociales et de santé pour réduire les facteurs de risque sociétaux ; agir sur les deux termes d'une politique de prévention : par l'approche collective en développant des programmes de santé publique adaptés aux besoins et demandes

des familles, par l'approche individuelle en se donnant les moyens d'une action médico-sociale de terrain accessible à tous ; promouvoir une approche de la prévention psychologique individuelle, basée sur une meilleure formation des professionnels de santé et de la petite enfance au sujet des dynamiques du développement et des significations possibles des symptômes comportementaux. ; adopter une posture préventive ouverte et disponible aux bifurcations du développement³ ; promouvoir le principe d'un travail des professionnels sur leur vécu émotionnel et ses effets sur les pratiques préventives ou curatives ; faire partager l'enjeu de développer un dialogue permanent entre soignants et autres acteurs travaillant avec les nourrissons et les enfants sur les pratiques de prévention.

► ***Souligner les avancées potentielles que constituent certaines des propositions de l'IGAS*** (à développer et valider après relecture attentive du rapport) :

- la proposition de mise en place d'une instance nationale sur la politique de santé enfance-famille (« *Conseil national de l'enfance* »),
- la proposition d'améliorer le financement de la PMI par l'assurance maladie,
- le maintien d'un service de PMI dirigé par un médecin (cf. contradiction avec la loi sur la protection de l'enfance),
- les propositions d'améliorations statutaires, notamment d'aligner le statut de médecins de PMI sur celui des MISp.

► ***Mettre en lumière et répondre, en terme de mesures d'urgence pour la PMI, à quelques propositions et mesures critiquables, contre-productives ou inadaptées émanant de divers acteurs*** (pouvoirs publics, IGAS, collectivités locales, organismes d'assurance maladie...) :

- revenir sur la modification de l'art 2112-2 du CSP (votée à la va-vite, sans débat et à l'encontre des propositions de l'IGAS) : nous proposons la formulation « *le service de PMI, sous l'autorité et la responsabilité du PCG, a pour mission d'organiser : (...)* » ; avec nos partenaires au sein de *Pasde0deconduite*, obtenir la modification de la rédaction concernant l'entretien du 4^{ème} mois, dans le sens d'un « *entretien prénatal précoce systématiquement proposé* », cf. annexe 5 ;
- maintenir la notion de normes d'activité et de personnel dans le décret relatif à la PMI pour que l'offre de service en PMI permette de répondre aux nouveaux objectifs fixés par la loi (possibilité de proposer des normes « revisitées », cf. en annexe 6 le texte de MC Colombo - déc 2006) ;
- dénoncer le blocage de la situation sur le dossier statutaire des médecins territoriaux et obtenir *a minima* l'alignement sur les MISp (alignement désormais soutenu par le Conseil supérieur de la fonction publique territoriale, par la mission IGAS sur la PMI, par la rapporteure de la loi sur la protection de l'enfance,

sans compter l'ensemble des syndicats de fonctionnaires siégeant au CSFPT) ; - obtenir une convention Etat - assurance maladie - ADF sur un financement revalorisé pour les missions de PMI exercées par les départements ; - obtenir la mise en place d'une instance nationale sur la politique de santé enfance-famille (« <i>Conseil national de l'enfance</i> ») dont la première mission serait de promouvoir des mesures pour restaurer un accès possible pour tous les enfants et toutes les familles aux prestations de PMI et de planification familiale sur tout le territoire. - obtenir la suppression de toute mesure attentatoire au secret professionnel qui entravera la possibilité de mettre en œuvre avec les familles les mesures de prévention et de soins nécessaires : en premier lieu l'abrogation de l'article 8 de la loi relative à la prévention de la délinquance qui prévoit l'information systématique du maire en cas « <i>d'aggravation des difficultés matérielles, éducatives ou sociales</i> » ; - obtenir la mise en place d'un dispositif de formation d'intégration et de professionnalisation au moment de la titularisation puis d'un dispositif de formation médicale continue (FMC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) adaptée à la pratique des médecins de PMI, sur le triple plan de ses facettes cliniques, administratives et de santé publique. ... à compléter	
--	--

Annexes :

- * annexe 1 sur l'historique des problématiques de prévention en PMI (rédaction MT Fritz)
- * annexe 2 sur les enjeux en matière de prévention et de secret professionnel (rédaction B Percebois)
- * annexe 3 sur une lecture critique du rapport de l'IGAS (rédaction MC Colombo & P Suesser)
- * annexe 4 sur la notion de « vulnérabilité » (rédaction Y Gautier)
- * annexe 5 sur l'entretien du 4^{ème} mois (document interassociatif)
- * annexe 6 sur le dossier des normes réglementaires d'activité et de personnel en PMI (rédaction MC Colombo)

¹ lequel est une part d'activité indispensable et légitime dans le cadre de la prévention mais qui ne saurait à lui seul la résumer

² Les rédacteurs du rapport de l'IGAS précisent que cette notion de *populations vulnérables* ne se réduit pas aux personnes en situation de précarité ou d'exclusion. Cependant à notre sens, le terme de *populations vulnérables* demeure insatisfaisant, car il tend à réduire la personne ou la famille à la situation de vulnérabilité, avec le risque de les enfermer dans ce statut de *vulnérabilité*, notamment dans le regard des professionnels. La notion de *période de vulnérabilité* que chacun peut rencontrer à certains moments de sa vie nous paraît plus adaptée à la réalité et surtout plus efficiente en terme d'approche préventive. Cette question essentielle pour l'orientation des politiques de prévention en PMI se trouve développée à l'annexe 4.

³ « *J'aurais tendance à mettre cette fameuse prévention du côté des professionnels qui reçoivent des enfants et des familles : qu'ils soient prévenus de la nécessité dans tous les cas de laisser fonctionner un espace de mobilité, où tout n'est pas joué* » Lenoble E. La prévention en questions. Actes du colloque « Pas de 0 de conduite pour les enfants de trois ans » juin 2006. Société française de santé publique Collection santé & Société n° 11, p. 123-5.
« *Je définirais la prévention psychologique comme étant toute démarche qui consiste à éviter des dommages occasionnés dans la personne, cela en prenant soin de sa dignité, et en soutenant sa capacité à renouer la confiance* » Giampino S. Non, à trois ans tout n'est pas joué. Pas de 0 de conduite pour les enfants de trois ans, ouvrage collectif. Ed. Eres, 2006, 63-70.