

I. Extrait manifeste 2008 SNMPMI

Manifeste 2008 du SNMPMI

Le SNMPMI en action

Plate-forme revendicative résumée



Pour revivifier une politique nationale de santé de l'enfance et de la famille

. Le SNMPMI défend la création d'une instance nationale pour la promotion et la protection de la santé familiale et infantile.

Pour développer le champ d'action de la PMI à hauteur des besoins

. Le SNMPMI revendique un très large accroissement du financement de la PMI et réaffirme son attachement au principe de gratuité.

Pour garantir l'effectivité de réalisation des missions de PMI sur le terrain local

. Le SNMPMI défend le maintien de normes d'activité et de personnel en PMI et se prononce pour leur réactualisation, en considérant les normes actuelles comme un plancher.

Pour garantir la cohérence et la coordination de la conception et de la mise en oeuvre des missions de PMI dans chaque département

. Le SNMPMI défend la pérennité de l'existence d'un service de PMI dans chaque département, de l'échelon central à celui des équipes de terrain.

Pour favoriser la promotion de la santé dans son acception la plus large

. Le SNMPMI défend une pratique de prévention généraliste qui s'adresse à toutes les familles, tous les enfants et les jeunes et prend en compte l'ensemble des besoins en santé familiale et infantile, sans être assujettie au contrôle sanitaire.

Pour préserver l'activité des professionnels de PMI située dans le champ de la santé

. Le SNMPMI s'élève contre les dérives sécuritaires des politiques actuelles de prévention en direction de l'enfance et de la jeunesse.

Pour favoriser une approche globale de la santé familiale et infantile

. Le SNMPMI se prononce pour une articulation étroite du dispositif de PMI avec les acteurs du système de santé dans le domaine pédiatrique et gynéco-obstétrical.

Pour maintenir et développer le recrutement pluridisciplinaire dont la PMI a besoin

. Le SNMPMI revendique que les statuts et rémunérations des professionnels de PMI exerçant leurs missions de prévention et de santé publique soient mis à parité avec les statuts publics équivalents dans la filière de soins.

Pour préserver et développer les compétences des professionnels de PMI

. Le SNMPMI défend la mise en place d'un dispositif de formation d'intégration puis d'un dispositif de formation médicale continue adaptés à la pratique des médecins de PMI.

Pour que le dispositif de PMI joue tout son rôle de prévention dans le cadre du système de soins et de la société

. Le SNMPMI affirme que le système de santé solidaire et les services publics doivent être préservés et renforcés.

Pour que les conditions d'existence des enfants et des familles soient favorables à leur santé et leur épanouissement

. Le SNMPMI exprime sa solidarité et participe à des mobilisations touchant au champ de l'enfance et de la famille, de la santé, du droit des femmes, des droits sociaux, des droits de l'Homme...



II. Extrait plaquette présentation 2008 SNMPMI

LE SNMPMI

• **Défend la politique et le dispositif de protection maternelle et infantile** mis en place par l'ordonnance du 2 novembre 1945 puis modifiés, après la décentralisation, par la loi du 18 décembre 1989 dite de « Promotion et de protection de la santé de la famille et de l'enfance ».

• **Soutient une politique de prévention, de promotion et de protection de la santé**

Qui œuvre pour la planification familiale et qui agit en prénatal et en postnatal ;

Qui s'adresse à tous : jeunes, femmes, couples, enfants de la naissance à 6 ans, parents ;

Qui est accessible à tous : gratuité dans les services de PMI, prise en charge à 100% en médecine libérale ou hospitalière ;

Qui est une approche globale et pluridisciplinaire des problèmes de santé incluant les déterminants sociaux dans une optique de santé publique.

• **Défend la double compétence des professionnels** (compétence clinique et compétence de santé publique) qui prend en compte les dimensions médicales, psychologiques, sociales, culturelles, éducatives ... de la santé.

• **Défend, depuis sa création en 1969, l'exercice professionnel des médecins des collectivités territoriales concourant à la PMI** : statut, déroulements de carrière, rémunérations ...

• **Pour les médecins non titulaires**

- Résorption de l'emploi précaire ;
- Ouverture des concours ;
- Titularisation des agents non titulaires ;
- Niveau de rémunération, attribution du régime indemnitaire, harmonisation des primes, conditions de travail.

• **Pour les médecins titulaires**

- Déroulement de carrière : suppression de tout ratio ou quota pour l'accès aux différents grades permettant une carrière linéaire jusqu'au grade de médecin hors classe ;
- Rémunération, statut : alignement de la carrière des médecins de PMI (médecins territoriaux) sur celle des médecins inspecteurs de santé publique, amélioration du régime indemnitaire.

• **Pour tous**

Cadre d'exercice

- Indépendance professionnelle du médecin dans le cadre d'exercice de la médecine salariée ;
- Respect du secret professionnel et des règles d'éthique médicale.

Formation

- Droit à la formation initiale et à la formation continue, médicale et professionnelle, avec un temps et un financement assurés par l'employeur.

Retraite

- Prise en compte des années d'études et d'exercice comme non titulaire dans la reconstitution de carrière ;
- Intégration complète des régimes indemnitaires pour le calcul de la pension.

• **S'engage pour une prévention et une promotion de la santé de la famille et de l'enfance généraliste et s'adressant à tous**, tout en prenant en compte les enfants et les familles qui vivent les plus grandes difficultés.

• **S'engage pour une pratique de la prévention « prévenante » mais non prédictive**, un accompagnement adapté des enfants et des familles en s'appuyant sur leurs compétences et leurs potentialités.

• **S'engage pour des actions de prévention et de dépistage s'adressant à tous**, sans préjuger de l'évolution des difficultés dépistées, sans étiqueter tel ou tel enfant à partir de facteurs de risques.

• **S'engage pour un dépistage éthique** : pas de dépistage sans proposition de prise en charge adaptée et acceptée par les familles.

• **Défend l'accès aux soins et à la protection sociale pour tous.**

• **Défend les droits des femmes à la contraception et à l'IVG et lutte contre les violences faites aux femmes.**

• **Défend la prise en compte des déterminants sociaux de la santé conformément à la Convention internationale des droits de l'enfant** : logement, éducation, droit de vivre en famille, papiers, travail, revenus et conditions d'existence décentes...

• **S'engage pour la protection de l'enfance**. Si le travail de prévention n'a pu éviter la maltraitance ou les carences éducatives graves, tout doit être mis en œuvre pour assurer la protection de l'enfant dans la continuité, la cohérence et l'évaluation des actions entreprises, tout en maintenant si possible le lien avec sa famille une fois l'enfant protégé.

III. L'avenir de la PMI : état de la question en 2010

- Notre réflexion partirait de la nécessité de préserver les principes généraux élaborés au long des années par le SNMPMI, formulés dans le manifeste 2008 et résumés dans la plaquette de présentation du SNMPMI (cf. extraits ci-dessus)

- Au début 2010, les incertitudes portent :

- D'une part sur les effets de l'organisation future du système de santé, avec la mise en place des ARS. La loi HPST prévoit en effet des modalités d'articulation entre collectivités locales et ARS, pour les politiques de santé comme la PMI¹. Des décrets précisant ces modalités sont prévus, ils ne sont pas encore publiés en mars 2010.

- D'autre part sur la future organisation territoriale telle qu'elle émergera de la réforme territoriale annoncée par le gouvernement. Si l'hypothèse d'une disparition pure et simple des départements n'est pas la plus probable, la redéfinition profonde de leurs prérogatives paraît à l'ordre du jour. Hormis la disparition évoquée de la clause de compétence générale, leur compétence dans le domaine de la santé, dont la PMI - planification familiale demeure la seule composante, sera-t-elle revue ?

¹ cf. notamment l'article 118 de la loi HPST complétant le code de la santé publique :

« Art.L. 1431-2.-Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

« 1° De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique définie en application des articles L. 1411-1-1 et L. 1411-2, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile. (...)

« Art.L. 1432-1.-(...) « Apres de chaque agence régionale de santé sont constituées : (...)

« 2° Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Ces commissions, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, sont compétentes pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres, respectivement :

« - dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ; (...)

cf. aussi la fiche « Protection maternelle et infantile » de l'ouvrage *Agence régionales de santé Promotion, prévention et programmes de santé*, aux éditions INPES 2009, p. 96 à 100 <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1252.pdf>

- Ainsi, plusieurs hypothèses peuvent être envisagées, notamment :

- Le maintien des services de PMI aux départements. Cela aurait pour avantage de préserver en principe l'intervention en prévention santé de proximité et l'articulation avec nos partenaires sociaux de terrain. Les inconvénients sont identifiés à travers nos difficultés actuelles : missions de santé réduites à la seule PMI et donc souvent sous-estimées et sous-dotées, avec des réorganisation squizzant les services de PMI ; missions de prévention santé en PMI réduites au dépistage et à la prévention en matière de protection de l'enfance au détriment d'une approche généraliste et globale de la santé familiale et infantile.

- Le transfert de la responsabilité des activités et/ou des services de PMI à une autre entité située dans la sphère de la santé, dans le champ des ARS. Les avantages attendus tiendraient à une plus grande proximité institutionnelle avec les autres acteurs de santé de la famille et de l'enfance. On pourrait aussi en espérer une meilleure prise en compte de l'approche globale de santé. Comme inconvénients, une certaine distance s'établissant avec des intervenants comme les services sociaux départementaux et l'aide sociale à l'enfance aurait-elle pour conséquence d'affaiblir les partenariats actuels dans le domaine de la protection de l'enfance, des déterminants sociaux et environnementaux de la prévention santé ?

- Dans ce contexte, il nous faudra nous positionner en temps utile, lorsque les éléments d'évolution potentielle du contexte institutionnel seront mieux identifiés.

- Mais à ce stade il est nécessaire de discuter et définir les enjeux essentiels à préserver pour l'exercice des missions de PMI, quel que soit le paysage institutionnel qui accueillera leur mise en œuvre :

- Il faut qu'un cadre organisationnel cohérent persiste pour concevoir, élaborer, organiser et mettre en œuvre localement les missions de PMI. Nous défendrons en ce sens l'existence de services de

PMI dirigés par un médecin et comprenant des personnels qualifiés dans le domaine médical, paramédical, psychologique, éducatif et social.

- Ce cadre ne peut se concevoir au plan local (département, région), sans l'impulsion d'une politique nationale de santé de l'enfant et de l'adolescent, de la famille. C'est le sens de notre exigence renouvelée de création d'une instance nationale pour la promotion et la protection de la santé familiale et infantile.

- Les divers acteurs que sont l'État, l'Assurance maladie et les collectivités locales doivent contribuer, chacun pour ce qui le concerne, à l'élaboration des politiques de PMI et de planification familiale, à leur organisation, et chacun aussi financièrement à la mise en œuvre des activités de PMI et de planification familiale.

- Le caractère généraliste de la prévention en PMI doit être maintenu : approche globale de la santé familiale et infantile, s'adressant à toutes les familles, tout en prenant en compte les enfants et les familles qui vivent les plus grandes difficultés. Cela implique d'articuler les dimensions de promotion de la santé et de prévention, avec celles de protection de l'enfance. Les activités de planification familiale doivent bénéficier d'une même approche généraliste s'adressant à toutes les femmes, à tous les jeunes, à tous les couples.

- Les déterminants sanitaires, psychologiques, sociaux, environnementaux, économiques, etc. de la santé familiale et infantile, actuellement attaqués, doivent faire l'objet d'une mobilisation des professionnels, en alliance entre ceux de la santé et ceux du champ social, éducatif, juridique, etc., pour promouvoir des conditions favorables au bien-être et au développement des enfants et des jeunes, des femmes et des familles

- Un plan d'urgence doit être établi pour maintenir et développer la démographie des professions de santé intervenant en PMI (formations initiale et continue, recrutements, statuts et rémunérations...)

- *À compléter...*

Notes