



Forces et faiblesses de la PMI, 3 ans après le rapport PEYRON

Publié le 20 janvier 2023 par Pierre Suesser

Pierre Suesser

Petite enfance,
penser la prévention
en grand

Préface de Catherine Dolto



ères

L'auteur présente la protection maternelle et infantile en France. Il montre les forces et les faiblesse de cette organisation qui été largement abandonnée par les pouvoirs publics. Il dresse le catalogue de mesures à prendre ; ceci pourrait très bien constituer la base d'un programme politique pour assurer la promotion de la santé du jeune enfant.

Abstract :

The author presents maternal and child protection in France. It shows the strengths and weaknesses of this organization which has been largely abandoned by the public authorities. It draws up the catalog of measures to be taken; this could very well form the basis of a political program to ensure the promotion of the health of the young child.





Bref aperçu du champ de la prévention pratiquée par les services de PMI

Le positionnement des professionnels de PMI s'ancre dans une approche préventive centrée, dès la grossesse, sur le processus long du développement de l'enfant, de la parentalité. Cette approche intégrée de la prévention s'appuie largement sur les préoccupations des femmes enceintes, des parents : il s'agit de promotion de la santé au sens de *porter vers l'avant*, vers l'avenir l'enfant qui a tant besoin pour grandir de parents confiants en leur capacité d'y contribuer.

C'est ainsi que le dialogue institué dès la période prénatale et qui se poursuit dans les premières semaines de vie de l'enfant permettra l'expression des préoccupations parentales, sur les aspects somatiques, psychologiques, sur les déterminants sociaux et environnementaux, sur l'accueil socialisé de l'enfant. Les questions sur la santé somatique constituent le plus souvent le souci qui vient en premier du côté des parents et qui permet, en s'y appuyant, d'aborder l'ensemble des dimensions, et ce dans la durée. Cette prise en compte de la santé conjugue l'approche médicale ou de puériculture au sens large et l'approche relationnelle du soin. Cette double entrée lui confère une dimension profondément individualisante.

Les services de PMI et de santé sexuelle mènent donc au quotidien de multiples actions, dans le champ médico-psycho-social, pour promouvoir la santé des bébés et l'établissement des relations précoces avec leurs parents, la santé des jeunes, celles des mères et des familles : suivi et accompagnement de la grossesse - notamment auprès des femmes les plus éloignées du système de santé -, conseils de puériculture, soutien à la parentalité, suivi de la croissance et du développement de l'enfant, vaccinations, dépistages dont celui du handicap et orientation vers les services spécialisés, aide psychologique et sociale face aux difficultés habituelles ou aux troubles sévères du développement, recherche d'un mode d'accueil, prévention et prises en charge dans le champ de la protection de l'enfance, délivrance de la contraception, prévention et éducation pour la santé dans le champ de la sexualité, dépistage et traitement des IST, ...

Concrètement l'action préventive de la PMI[1], incluant la dimension médicale et de



puériculture, s'inscrit dans :

- l'accompagnement de la vie quotidienne, concernant par exemple : la qualité relationnelle lors du suivi de la grossesse, lors de la mise en place ou de renoncement à un allaitement maternel, lors de premières séparations vers un mode d'accueil ; la prise en compte de questions apparemment bénignes de puériculture en mesurant les soubassements somatiques et psychologiques ; la prévention des risques environnementaux et sociétaux pour le développement et l'épanouissement des jeunes enfants ; la mise en place d'activités d'éveil culturel et artistique...
- le soutien face aux aléas de la vie ordinaire où un enfant peut se trouver perturbé lors d'une étape normale de son développement comme lors du sevrage, de la naissance d'un puiné...
- l'aide globale, incluant les versants psychologique et social, face aux accidents de la vie : situation de handicap ou de maladie chronique[2], séparations-recompositions familiales, décès d'un membre de la famille, violences conjugales, pathologie mentale, addictions, situations de migration, multiples formes de précarisation des conditions de vie.

Rappel : les principaux constats du rapport Peyron[3] concernant la situation de la PMI

- absence de stratégie nationale de santé publique pour la PMI ;
- missions primaires de prévention et de promotion de la santé régulièrement mises au second plan derrière celles de protection de l'enfance ;
- absence de pilotage et de portage partagés entre ministère et départements ;
- insuffisance de moyens financiers et humains se traduisant par une dégradation de l'offre de services de la PMI.



Forces et faiblesses de la PMI

Du côté des "forces" et des atouts :

- Une histoire, une culture, une législation et des pratiques qui persistent en dépit des difficultés, cf. le livre "L'institution PMI" d'Elia Djaoui et Françoise Corvazier, celui de Kristell Guével, "Stéthoscope en compote" ou encore celui de Pierre Suesser "Petite enfance, penser la prévention en grand" qui permettent bien d'accéder à cette histoire, cette culture et ces pratiques "entre clinique du sujet et politique publique" selon le sous-titre du premier ouvrage.
- Les quelques principes qui guident et charpentent cette culture, cette histoire, ces pratiques :

Rappel des champs d'action de la PMI : la PMI s'occupe du suivi préventif de la grossesse, et des actions périnatalité, du suivi préventif de la santé et du développement des enfants de la naissance à 6 ans, de la prévention en santé sexuelle auprès de jeunes et des adultes (sexualité, contraception, IVG, prévention et traitement des IST, vie conjugale, lutte contre les violences faites aux femmes,...), de l'agrément, de l'accompagnement et du contrôle des modes d'accueil du jeune enfant.

Rappel des principes d'action de la PMI : Universalité (ouvert à tous tout en ayant capacité à accueillir les populations les plus en difficulté) - renvoie à l'"universalisme proportionné" expression dans laquelle il ne faut pas oublier "universalisme" au profit de "proportionné" - "Une santé pour les pauvres serait une pauvre santé", cf. une "une éducation pour les pauvres serait une pauvre éducation" (M. Marmot, inventeur du concept d'universalisme proportionné). -, proximité, accessibilité, ancrage dans les milieux de vie, gratuité, pluridisciplinarité[4], approche globale médico-psycho-sociale, modalités d'actions variées[5], partenariat très diversifié, double compétence : santé publique – promotion de la santé et actions de santé individualisées

- Un réseau national de services de PMI qui, bien qu'affaibli (parfois grandement) reste un point d'appui essentiel pour redévelopper, revitaliser et pérenniser la politique de PMI et de santé sexuelle et son offre de services.
- Des "forces" en potentialité avec le réinvestissement timide mais réel des autorités nationales : premières mesures depuis 2014 (rapports DGS et DGCS sur la PMI, loi 2016 de modernisation du système de santé et mise en place du CANA-PMI), puis constats et préconisations du rapport Peyron et les premières mesures prises à la suite : la contractualisation État-départements en prévention-PE, les articles concernant la PMI dans la loi de protection des enfants, les mesures du



Séjour en cours d'application aux métiers de PMI...

- Une tradition de créativité et d'innovation ; quelques exemples :

1. - Unité parents bébés de Gennevilliers : coopération étroite PMI-pédopsychiatrie en prévention dans le soutien à la parentalité, Centre nantais de parentalité : consultations conjointes PMI-pédopsychiatrie.
2. - Groupe massage bébés pour un travail de prévention des troubles relationnels parents bébés (Rhône).
3. - Consultations préventives de suivi de nourrissons en maison d'arrêt (Lyon, Bordeaux...)
4. - Recherche Préaut : implication de nombreuses équipes PMI pour l'identification de signaux précoces laissant présager un risque de syndrome de nature autistique.
5. - Mise en place d'ERTL 4 (test de dépistage des troubles du langage à 4 ans) par coopération entre le service de PMI 54 et des orthophonistes
6. - Lutte contre le Saturnisme infantile : PMI Paris, Bouches du Rhône et 93.
7. - Liaisons PMI-maternités dans de très nombreux départements avec staffs médicaux, psycho et sociaux.
8. - Mise en place en PACA d'un outil de déroulement du bilan de santé 3-4 ans entre médecins PMI, libéraux et hospitaliers, à l'initiative des services de PMI de la région.
9. - Nombreuses initiatives dans les départements de consultations PMI pour le suivi préventif d'enfants en situation d'obésité, ou anciens prématurés ou atteints de maladies chroniques.
10. - Nombreuses initiatives dans les départements d'accueils parents-enfants dans les consultations PMI et d'actions collectives autour de la lecture, musique, jeu, éveil moteur : exemple du 59 en coopération entre PMI et modes d'accueil.
11. - Centre PMI spécialisé dans la prévention, l'accompagnement des morts inattendues du nourrisson et du deuil périnatal (93) .
12. - Instances d'accompagnement d'équipes de crèches et d'assistantes maternelles pour l'accueil d'enfant handicapés et mise en place de PAI en école maternelle (intégration scolaire).
13. - Diverses actions de médiation interculturelle et interprétariat.
14. - Participation aux interventions lors de crises sanitaire : Covid (cf. étude SNMPMI) https://snmpmi.org/IMG/pdf/etude_covid19-pmi_snmpmi_decembre2020_rapport_synthese.pdf, vaccination H1N1, Tuberculose à Clichy-sous-Bois (importance de la connaissance fine des populations et du tissu social local).
15. - Mise en place de l'IVG médicamenteuse par certains départements.

- Une capacité de recherche dans le champ de la prévention, malheureusement trop



peu soutenue par les pouvoirs publics : Enquête BSEM-PMI sur les bilans de santé en école maternelle dans le cadre de la cohorte Elfe (C. Bois), recherche action PERL sur les visites à domicile en population générale en Meurthe et Moselle, par exemple.

Du côté des "faiblesses" et des défis :

- Le dispositif de PMI a fait face depuis 30 ans à une tension entre l'existence d'une législation nationale très précise et celle d'un cadre d'application décentralisé et confié aux départements, sans politique nationale incitative ou régulatrice jusqu'à la période récente. Malgré la décision gouvernementale d'adopter des priorités pluriannuelles de santé publique en concertation avec les départements, l'absence persistante d'instance nationale réglementaire consacrée à la PMI n'offre pas le gage d'un travail suffisant de co-construction et de suivi conjoint de ces orientations au quotidien et dans la durée. La mise en place du Comité d'animation national des actions de PMI qui avait suscité un espoir de ce côté est pour l'instant peu effective...
- L'offre de services de PMI est donc fragilisée dans de nombreux départements : beaucoup de consultations de nourrissons et de femmes enceintes ou de planification familiale, de bilans de santé en maternelle sont supprimés ; sinon les délais de rendez-vous s'allongent, le suivi d'enfants après 2 ans se restreint, les visites à domicile en pré et post-natal se raréfient. On ne compte plus les postes vacants, s'agissant notamment des médecins : - 26% en janv. 2022 sur 49 départements (enquête SNMPMI) , cf. également l'étude de la DREES ci-après.

La contractualisation engagée depuis 2020 entre le gouvernement et les départements, bien insuffisante dans les moyens alloués, ne se traduit pas même par un début d'inversion de cette tendance...

- Le périmètre de la PMI est réduit dans un nombre croissant de départements à certaines missions (protection de l'enfance, modes d'accueil) en délaissant le champ global de la prévention, les équipes de PMI sont en outre souvent dispersées, unité territoriale par unité territoriale sans aucune coordination en tant que service départemental de PMI. En inscrivant des mesures relatives à la PMI dans une loi de protection de l'enfance, le gouvernement a continué à accompagner une vision de la PMI, déjà présente dans la loi de 2007, comme une simple composante santé de la politique de protection de l'enfance au lieu d'une politique de santé publique ayant des finalités propres de promotion de la santé incluant celles relatives à la prévention en protection de l'enfance. L'unicité du service de PMI dirigé par un médecin comme condition de production et de mise



- en œuvre d'une politique départementale cohérente de PMI n'est pas suffisamment appréhendée par les décideurs nationaux et locaux (cf. récent arrêt de la justice administrative pour reconstituer le service de PMI de l'Hérault[6]).
- Un service au public insuffisant et très inégalement réparti, les normes minimales conçues pour le garantir sont très diversement respectées et devraient être révisées. En tout cas, le rapport Peyron indiquait une diminution de 45% des consultations infantiles entre 1995 et 2016, de 50% des visites à domicile des puéricultrices et de 30% de celles des sages-femmes. Des travaux ont débuté pour une révision des normes suite au vote de la loi Protection des enfants du 7 février 2022.
 - Le financement est mal assuré par l'État (pas de fléchage dans la Dotation de décentralisation - DGD) et par la Sécurité sociale (absence de remboursement pour le travail des puéricultrices, des psychologues notamment, insuffisance pour les médecins par ex. pour consultations complexes...). L'enveloppe annoncée par le gouvernement est de 100 millions d'€ pour la contractualisation État-départements, c'est-à-dire 0,05% de la dépense nationale de santé. Il s'agit d'un simple rattrapage des financements "perdus" ces 10 dernières années selon le rapport Peyron... Le remboursement des actes des puéricultrices n'est toujours pas acté (renvoyé à un rapport au parlement), celui des psychologues même pas envisagé...
 - Le problème crucial de la démographie des professionnels de PMI : une étude du CNFPT[7] prévoyait que la part des titulaires au 31/12/2006 qui devaient atteindre l'âge moyen de départ en retraite en 2020 serait de 66% pour les médecins, 47% pour les psychologues, 69% pour les sages-femmes, 43% pour les puéricultrices. L'étude de la DREES de mars 2022[8] le confirme avec : -5% de médecins par an entre 2016 et 2019, passage de 2200 ETP en 2010 à 1700 en 2019, de 540 ETP psychologues à 380... La nécessité de mesures en faveur de l'attractivité des métiers de la PMI n'est pas prise en compte à sa juste dimension : application pour l'heure du Ségur de la santé sous forme de primes et non de complément de traitement indiciaire, décalage entre les mesures salariales pour les sages-femmes hospitalières et celles de la territoriale, salaire des médecins de PMI de 60% inférieur en début de carrière par rapport à celui des praticiens hospitaliers ou des médecins de centres de santé...
 - La PMI se situe dans un contexte d'offre de soins en "crise" : une offre de soins ambulatoire qui globalement se traduit par des difficultés croissantes d'accès aux soins (baisse de la démographie des pédiatres et gynécologues, et généralistes dans beaucoup de régions ou départements - campagnes, villes) et de plus en plus d'inégalités d'accès (dépassements d'honoraires), dans un contexte hospitalier et



ambulatoire de plus en plus tendu (urgences surbookées, sorties précoces de maternités, fermeture des petites maternités, manque criant de places dans les CMP, CAMPS, structures d'accueil liées au handicap...), sur fond de couverture maladie complémentaire pas toujours accessible pour de très nombreuses familles et d'ouverture de droits de plus en plus lente pour les femmes enceintes...

Sans oublier de mentionner les récentes alertes sur la remontée depuis 10 ans du taux de mortalité infantile en France[9] dont les hypothèses renvoient à la fois à la dégradation des conditions de vie et de santé d'une partie de la population et également du système de soins et de prise en charge sociale et psychologique... Les préconisations sur la santé de l'enfant, issues de divers rapports récents (cour de comptes 2021, IGAS 2020) posent de nombreuses questions et éludent l'articulation entre pédiatrie de ville, hospitalière et de PMI : exemple le rapport de la cour des comptes ignore pour l'avenir la place des médecins de PMI dans la réalisation des examens obligatoires des enfants en proposant de les confier aux seuls "médecins traitants" de l'enfant. Est également hors champ dans ces rapports la perspective d'un service public de la santé de l'enfant qui permettrait d'assurer, de la période périnatale à l'adolescence, la continuité et l'articulation des soins préventifs et curatifs de l'enfant par tous les acteurs concernés.

Quelles réponses ?

Prioriser pour la PMI des problématiques en santé périnatale et petite enfance

Par exemple :

- * La prévention dans le domaine des interactions précoces parents-bébé et de la santé psychique et mentale des femmes enceintes et des jeunes enfants (illustration par les visites à domicile des sages-femmes et des puéricultrices, les actions de soutien à l'allaitement, le travail transdisciplinaire d'accompagnement "de la vie quotidienne" autour du sommeil, de l'alimentation, des pleurs du bébé..., les entretiens individuels ou en groupe avec des psychologues, des psychomotriciens, les ateliers parents-bébés, les lieux d'accueil parents-enfants, l'accompagnement vers un mode d'accueil, les actions collectives autour de la lecture, de la musique, du jeu, de l'éveil moteur,...).
- * La prévention, le dépistage et l'accompagnement de la prise en charge précoce concernant les troubles sévères du développement, le handicap et les maladies chroniques (exemples du dépistage des troubles sensoriels, des troubles du langage, de la participation de la PMI à la mise en place d'ERTL 4 ou du livret de repérage et de



dépistage des TND, du travail avec les réseaux des nouveau-nés vulnérables, de l'accompagnement des enfants en situation de handicap et de leurs parents dans les soins et la vie sociale...).

* La prévention en pré et post-natal concernant les déterminants environnementaux nocifs pour la santé et le développement (multiples initiatives en cours, cf. flyer de prévention en direction des femmes enceintes et des parents de bébés par l'ARS de Nouvelle-Aquitaine[10] et livret pour des mesures environnementales en EAJE[11], guide de la DGS travaillé avec le CANA-PMI sur les risques chimiques dans l'environnement des jeunes enfants).

* La lutte contre les inégalités de santé et notamment contre les effets de la précarité des conditions de vie sur la santé des enfants et des familles (exemples de l'accès aux droits pour les femmes enceintes, de la lutte contre l'habitat insalubre,...).

Problématiques auxquelles il convient d'associer celles relatives à la promotion de la santé sexuelle et reproductive notamment dans leur dimension d'anticipation de la conjugalité et de la parentalité.

Adopter un plan de financement de la PMI-PF à hauteur de 200 millions d'€ dans un premier temps pour atteindre + 500 millions à plus long terme

* 100 millions d'€ au titre du rattrapage des 10 années écoulées où, selon le rapport Peyron, le budget total de la PMI en France a été amputé de cette somme.

* 100 millions d'€ pour mettre en œuvre les priorités de l'engagement n°1 de la stratégie de prévention et de protection de l'enfance (cf. notre proposition détaillée pour les mécanismes de financement dans notre document adressé à M. Taquet en mars 2020[12]).

Notre demande de porter le financement PMI à 200 M€ (0,1% de l'ONDAM) permet d'aller au-delà du simple rattrapage et d'apporter aux services de PMI le ballon d'oxygène nécessaire pour s'engager dans la mise en place des objectifs socle opposables prochainement inscrits au CSP (recrutement de professionnels, formation, investissement logistique...).

Adopter des normes réglementaires d'activités socle pour les services de PMI

* objectif minimal de 25 à 30% d'enfants bénéficiant en PMI des consultations infantiles et des visites à domicile par les puéricultrices,

* objectif minimal de 20% de femmes enceintes bénéficiant en PMI des consultations prénatales et des visites à domicile par les sages-femmes,



- * objectif de 100% d'enfants bénéficiant des bilans de santé en école maternelle réalisés par la PMI,
- * objectif minimal de 20% de femmes et d'hommes de 15 à 30 ans bénéficiant de consultations de santé sexuelle,
- * objectif minimal de 10% d'enfants, de jeunes et de femmes enceintes accueillis en PMI, bénéficiant de consultations par des psychologues, c'est-à-dire 2 à 3% de la population générale de ces catégories,
- * objectif minimal de 5 à 10% de jeunes enfants accueillis en PMI, bénéficiant de consultations de psychomotricité, c'est-à-dire 2 à 3% des enfants de moins de 6 ans.

Adopter des mesures d'urgence statutaires et matérielles pour les professions en PMI

- * aligner la grille des médecins territoriaux sur celle des praticiens hospitaliers (le début de carrière des premiers se situe à 2769,44 € brut comparé aux seconds qui touchent alors 4411,11 € brut + 516,65 € d'indemnité de service public),
- * créer un cadre d'emploi pour les conseillers conjugaux dans les CPEF,
- * définir un cadre d'exercice des puéricultrices reconnaissant pleinement leurs compétences et valorisant financièrement leur activité et revaloriser leur grille au-delà des propositions du Ségur de la santé,
- * accorder aux sages-femmes les moyens matériels et humains pour remplir leurs missions, reconnaître leur statut médical et revaloriser leur grille au-delà des propositions du Ségur de la santé,
- * promouvoir la place dans les services de PMI de professions précieuses pour l'offre de prévention pluriprofessionnelle de PMI, telles les psychologues, les éducateurs et éducatrices de jeunes enfants, les auxiliaires de puériculture, les psychomotriciens...

Inscrire dans la législation une gouvernance partagée du dispositif de PMI

- * comportant un organe d'impulsion de la politique nationale de PMI associant le ministre de la santé, le président de l'ADF et le directeur général de la CNAMTS,
- * et un organe d'impulsion technico-administratif, à savoir le CANA-PMI reconnu réglementairement et copiloté par la DGS et la direction santé-social de l'ADF, chargé, dans le cadre des priorités politiques évoquées précédemment, de co-construire des objectifs stratégiques et opérationnels et d'animer le réseau des PMI-PF (visant à « reconstituer une fonction d'animation de la politique publique de PMI, faciliter les échanges entre professionnels et la mutualisation des outils, soutenir la recherche action, faire connaître les réalisations significatives et les bonnes pratiques »[13]).



Pour citer cet article :

Pierre Suesser, « [Forces et faiblesses de la PMI, 3 ans après le rapport PEYRON](#) », *Les Cahiers de santé publique et de protection sociale*, N° 43, Décembre 2022.

Notes de bas de page :

[1] Selon les trois registres de la « prévention en rhizome » développé par S. Giampino et C. Vidal dans leur ouvrage *Nos enfants sous haute surveillance* (Albin Michel 2009)

[2] Il s'agit notamment de l'obésité, du diabète, de l'asthme, de la drépanocytose, du syndrome d'alcoolisation fœtale, du suivi à long terme des séquelles d'affections survenues en période périnatale, etc.

[3] Du nom de Michèle Peyron, députée chargée par Agnès Buzyn, ministre de la santé, d'un rapport sur la PMI rendu en mars 2019

[4] Médecins, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, sages-femmes, psychologues, conseillères conjugales, éducatrices de jeunes enfants, psychomotriciens, orthophonistes, diététiciens, secrétaires.

[5] Consultations, bilans de santé, accueils individuel ou de groupe, visites à domiciles par des puéricultrices et des sages-femmes, entretiens psychologiques, groupes de paroles, accueils parents-enfants, soutien à domicile par des techniciennes de l'intervention sociale et familiale, intervention dans les milieux de vie et de socialisation (modes d'accueil, écoles maternelles...), etc.

[6] TA Montpellier, 1803737,1805569, lecture 21 juillet 2020

[7] CNFPT La démographie des personnels territoriaux au 31/12/2006, oct.2009

[8] https://snmpmi.org/IMG/pdf/etudes_et_resultats_drees_1227_mars2022_er1227_0.pdf

[9] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666776222000321>

[10] https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-2/Flyer_ARS_SSE_Papa_Maman_02_2018.pdf

[11] https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Guide_Recocreche_petite_enfance_0.pdf

[12] Proposition de modalités de financement articulant logiques de parcours, d'actes et de forfait (cf. notre contribution de nov. 2018) : les départements se verraient dotés d'un financement dédié par le ministère de la santé (via les ARS + financements CPAM) en fonction de la façon dont ils se situent par rapport à la couverture attendue. Il



s'agirait d'un "forfait prévention" pour chaque enfant ou chaque femme enceinte suivi.e. Ce forfait serait d'une part indexé sur le taux de couverture atteint par le département pour l'activité socle opposable considérée, et il serait d'autre part affecté d'un coefficient variant selon l'offre qualitative de service proposée par le département : niveau 1 si le département offre un suivi pluriprofessionnel minimum (médecin, puéricultrice, sage-femme, conseillère conjugale et familiale), niveau 2 si le département adjoint des psychologues et des psychomotriciens à cette équipe de base, niveau 3 si le suivi pluriprofessionnel inclut également une ou plusieurs professions telles les éducateurs de jeunes enfants, auxiliaires de puériculture, orthophonistes...

[13] rapport Peyron p. 105

