



80 ANS DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI)

Les sages-femmes, piliers d'un service public à refonder

La PMI est aujourd’hui un service public essentiel de prévention et d’accompagnement des familles. Avant même d’aborder les défis actuels, quelques données permettent de mesurer l’ampleur de son activité et l’évolution de ses effectifs.

Chiffres clés :

- **1,117 million de consultations PMI et 541 500 visites à domicile** pour les enfants de moins de 6 ans, **dont une part correspond au suivi périnatal immédiat assuré par les sages-femmes.**
- **59 % de l’activité des services PMI** consacrée aux enfants de moins de 6 ans, mais cette proportion ne prend pas en compte le suivi spécifique des sages-femmes, notamment pendant la grossesse et le postnatal immédiat.
- **10 900 professionnels en équivalents temps plein (ETP) :**
 - 4 900 puéricultrices (45 %),
 - 13 % médecins (vs 19 % il y a 10 ans),
 - Sages-femmes : environ 1 160 postes (11 % des ETP PMI fin 2022), +175 postes sur 12 ans (2010-2022), dont une partie correspond à des renforts temporaires liés aux mesures des 1 000 premiers jours, **sans garantie de pérennisation.**
- **Activité territoriale hétérogène :** 271 consultations et 131 visites à domicile pour 1 000 enfants de moins 6 ans en moyenne nationale, avec des écarts importants entre départements. Ratio calculé sur les enfants, ne reflétant pas le suivi périnatal spécifique assuré par les sages-femmes.
- **Évolution démographique :** – 2,8 % de naissances entre 2023 et 2024 (660 800 naissances en 2024), **impactant le nombre d’enfants à suivre par les services PMI.**

Sources : DREES, Activité et personnels des services de PMI, fin 2023 ; INSEE, Naissances en France, 2024.

A. Introduction

À l'occasion des 80 ans de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), l'ONSSF **souhaite rendre hommage à un service public fondateur, qui a profondément marqué la santé des femmes, des enfants et des familles en France.** La PMI reste aujourd'hui le seul service territorial dédié à la prévention précoce, à l'accompagnement périnatal, au soutien aux familles et à la protection de l'enfance.

Mais cet anniversaire intervient dans un moment critique : **la PMI traverse une crise structurelle profonde.** Les moyens humains s'effondrent, les missions s'élargissent sans ressources nouvelles, les inégalités territoriales se creusent et les professionnels expriment un sentiment de perte de sens et de reconnaissance.

Pour l'ONSSF, une conviction s'impose : **la prévention ne peut exister sans les sages-femmes**, professionnelles médicales de premier recours dont les compétences sont pleinement alignées avec les besoins contemporains en périnatalité.

Ce dossier propose un état des lieux, analyse les enjeux et avance des leviers d'action pour préserver et refonder la PMI autour d'une vision forte : **des équipes renforcées, un pilotage national clair et une place centrale donnée aux sages-femmes.**

1. La genèse de la PMI

Créée en 1945, la PMI **répondait à une situation sanitaire critique** : mortalité infantile élevée, pauvreté et accès limité aux soins maternels. Le choix politique était clair : mettre en place un service public territorial, accessible, gratuit et centré sur la prévention.

Les missions fondatrices étaient :

- la prévention sanitaire et sociale,
- le suivi des femmes enceintes,
- la protection de l'enfance,
- le soutien aux familles.

Au fil des décennies, la PMI a vu ses missions **s'élargir sans moyens supplémentaires** : santé sexuelle et affective, contraception, dépistage des violences, accompagnement médico psycho-social, soutien à la parentalité et enjeux des 1 000 jours.

Cette évolution montre que la PMI a toujours cherché à s'adapter aux besoins des familles et aux défis de santé publique, mais que les ressources humaines et financières n'ont pas suivi.

2. Les sages-femmes, piliers de la prévention périnatale et de l'accompagnement des familles

Depuis l'origine, **les sages-femmes sont au cœur des services PMI**. Leur mission première est l'accueil inconditionnel de toutes les femmes enceintes, avec ou sans papiers, avec une prise en charge adaptée des frais selon les conventions. Selon les départements et les organisations locales, elles **interviennent ou peuvent intervenir dans :**

- **Suivi des grossesses physiologiques**, y compris pour toutes les femmes, même sans papiers ni couverture sociale ;
- **Consultations de contraception et d'IVG médicamenteuse**, avec prise en charge globale et gratuite pour toutes les mineures, et respect de l'anonymat si souhaité ;
- **Prévention périnatale**, notamment le repérage des risques et des vulnérabilités ;
- **Dépistage des violences intrafamiliales** ;
- **Accompagnement dans la parentalité**, le soutien à l'allaitement et la santé mentale ;
- **Visites postnatales immédiates**, y compris à domicile lorsque le suivi est nécessaire (absence de couverture sociale, besoins identifiés, entretien post-natal précoce – EPNP), conformément à leurs compétences ;
- **Éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS)** dans les collèges et lycées, conformément à l'article L 312-16 du code de l'éducation ;
- **Vaccination contre les infections à Papillomavirus humains (HPV)** dans certains collèges ;
- **Promotion de la santé auprès des publics vulnérables** (information sur la vaccination, dépistage, alimentation, sommeil, prévention des addictions).

Malgré ce rôle central, la profession est fragilisée : **attractivité en baisse, postes vacants, surcharge administrative** et missions complexes sans reconnaissance statutaire. Aujourd'hui, les sages-femmes représentent environ 1 160 postes (11 % des ETP PMI fin 2022). Une partie de ces renforts était liée aux politiques des 1 000 premiers jours, mais ces moyens n'ont pas été pérennisés, ce qui laisse persister un déficit de ressources face aux besoins des familles.

Le maintien et le renforcement de la PMI passent par **la reconnaissance des sages-femmes comme professionnelles de premier recours**, le soutien de leurs équipes et la revalorisation de leur rôle dans la prévention périnatale, la santé sexuelle, la parentalité et la santé mentale.

3. Une PMI fragilisée : constats et alertes

Les effectifs s'effondrent : **de nombreux postes ne sont pas remplacés, certaines consultations ferment**, les délais d'accès s'allongent et les visites à domicile sont quasi supprimées. Ce glissement vers des tâches administratives et sociales risque de réduire la dimension médicale essentielle du service.

Le cadre légal des effectifs de sages-femmes en PMI, fixé par l'article R2112-7 du Code de la santé publique, est **obsolète et n'a pas été révisé depuis 1992**. Selon ce texte, un service PMI

doit disposer d'une sage-femme à plein temps pour 1 500 naissances, ratio désormais largement insuffisant face à l'élargissement des missions et aux besoins actuels. L'ONSSF appelle à la **révision de cette norme pour adapter les effectifs aux besoins réels des familles.**

L'activité diffère fortement selon les territoires : en moyenne nationale, les données disponibles rapportent le nombre de consultations et de visites à 1 000 enfants de moins de 6 ans, mais ce ratio **ne reflète pas précisément le rôle des sages-femmes de PMI**, dont l'activité se concentre sur le suivi des grossesses et, **lorsque les départements le prévoient**, sur certaines interventions postnatales précoces. Certaines zones offrent beaucoup moins de suivi périnatal qu'ailleurs, ce qui accentue les inégalités territoriales et fragilise le service rendu aux familles.

Des incohérences persistent également dans les dispositifs existants, limitant l'efficacité de la prévention périnatale. Par exemple, le **dispositif PANJO** (Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents) prévoit des visites à domicile avant et après la naissance. Dans la pratique, certaines femmes enceintes très précaires, hébergées dans des structures d'accueil avec ou sans enfant, n'ont pas le droit de recevoir ces visites, ce qui réduit considérablement l'accès à un suivi pré- et postnatal adapté.

La mise en œuvre du PANJO n'est pas uniforme : dans certaines zones de Bretagne (Côtes-d'Armor, Finistère, Ille-et-Vilaine, Morbihan), les visites à domicile sont assurées pour les jeunes parents, tandis que dans d'autres départements, comme la Haute-Vienne, les visites postnatales restent très limitées et ciblent principalement les grossesses à risque.

Cette situation souligne un paradoxe. **La France figure parmi les pays de l'Union européenne avec une mortalité infantile relativement élevée. Pourtant, l'accès à la prévention pré- et postnatale reste insuffisant pour les populations les plus vulnérables.** Cette situation rend indispensable une action renforcée et coordonnée sur l'ensemble du territoire.

Les missions s'alourdissent : santé mentale périnatale, repérage des situations de danger, accompagnement des familles en grande précarité. Ces tâches exigent du temps, de la stabilité et un travail en partenariat, aujourd'hui difficile à mettre en œuvre.

Cette situation se traduit par **une souffrance professionnelle et une perte de sens :** sentiment de dégradation de la qualité du service, manque de reconnaissance, absence de perspectives de carrière et épuisement professionnel accru chez les sages-femmes et les équipes.

4. Analyse syndicale ONSSF : une profession toujours invisibilisée

Service public essentiel mais sous-doté, **la PMI joue un rôle majeur dans la prévention et le suivi des familles**, malgré des moyens limités qui la placent parmi les services publics les moins financés.

La cohérence des politiques nationales fait parfois défaut : les autorités demandent au service de protéger, prévenir, suivre, accompagner et dépister, **tout en réduisant ses effectifs et ses moyens**.

Quant aux sages-femmes, professionnelles de premier recours, **leur expertise pourrait réduire les urgences, prévenir les complications et améliorer la santé publique**, mais elle reste insuffisamment reconnue dans les arbitrages nationaux.

Cette situation a des conséquences directes pour les familles : vulnérabilités non repérées, retards dans les dépistages, perte de chance pour les enfants et les futurs parents, isolement parental accru.

L'ONSSF souligne que la **revalorisation des effectifs**, la **reconnaissance des missions et du rôle des sages-femmes**, et la **stabilité des équipes** sont indispensables pour garantir un service public performant et équitable sur l'ensemble du territoire.

5. Les 80 ans de la PMI : un moment de vérité

La PMI conserve plusieurs atouts : une expertise multidisciplinaire unique, un ancrage territorial historique, la confiance des familles et des actions locales innovantes.

Pourtant, **le service public est menacé** : désertification professionnelle, attractivité faible, délitement du service et absence de pilotage clair fragilisent la mission.

Dans ce contexte, **les attentes des familles n'ont jamais été aussi fortes**. Elles doivent faire face à une charge mentale parentale croissante, à la hausse des troubles périnataux, à la précarité et à l'augmentation des besoins en santé mentale.

6. Perspectives et propositions ONSSF pour refonder la PMI

L'ONSSF propose neuf leviers pour garantir un service public performant et centré sur les familles, **en s'appuyant notamment sur la nécessité de revoir les décrets datant de 1992** :

- **Reconstituer les effectifs** : plan national d'embauche et remplacement, attractivité via revalorisation salariale et statutaire, ratios minimaux de professionnels par population.
- **Redonner du temps à la prévention** : réinvestir dans les visites à domicile et les consultations préventives régulières, réduire la charge administrative.
- **Reconnaître les sages-femmes comme professionnelles de premier recours** : autonomie dans le suivi physiologique, développement des consultations spécialisées en PMI, valorisation du rôle en santé sexuelle et reproductive.
- **Garantir le statut médical des sages-femmes** : inscription officielle du statut médical dans les textes régissant la fonction publique territoriale et direction possible des services PMI, des centres de santé sexuelle et des territoires d'action sociale. À défaut,

une co-direction obligatoire avec un professionnel de santé qualifié doit être mise en place pour assurer la continuité et la dimension médicale des missions.

- **Réduire les inégalités territoriales** : harmonisation des pratiques, obligations minimales de service, financement national dédié.
- **Mettre en place un pilotage national** : suivi des effectifs, indicateurs de prévention, programmation budgétaire pluriannuelle.
- **Renforcer la coopération interprofessionnelle** :
 - Renforcement de la place de la PMI dans les staffs périnataux (maternité, secteur libéral),
 - Développement du parcours de soins en santé mentale périnatale, incluant la PMI et valorisant la place des sages-femmes PMI, avec les EPSM, CMP, instituts de parentalité et psychologues,
 - Intégration des sages-femmes PMI aux travaux des CPTS sur les enjeux de santé génésique, périnatalité, vaccination et santé mentale,
 - Travail coordonné avec médecine générale, pédiatrie, travailleurs sociaux et plateformes territoriales périnatalité-PMI.
- **Développer la recherche en périnatalité** : financement de projets, production de données nationales, évaluation des actions PMI.
- **Adapter le ratio minimal de sages-femmes en PMI** pour tenir compte des missions élargies et des besoins actuels des familles. Il s'agit notamment d'intégrer les consultations pré- et postnatales intensives, le suivi des femmes en grande précarité ou sans couverture sociale, ainsi que les interventions spécifiques comme les visites à domicile et l'accompagnement périnatal global.

Exemple : dans les Bouches-du-Rhône, certaines consultations concernent des patientes sans papiers. Ces femmes ont souvent des parcours de vie complexes, ce qui nécessite des consultations plus longues et plus nombreuses. Ainsi, **même si le nombre de sages-femmes diminue, la charge en consultations pré- et postnatales immédiates augmente pour ce public.**

7. Focus thématiques prioritaires

La PMI doit continuer à être un acteur central sur :

- **Santé mentale périnatale** : repérage précoce et accompagnement.
- **Contraception et IVG** : accès renforcé et homogène.
- **Violences intrafamiliales** : repérage efficace avec professionnels formés, stables et disponibles.
- **Précarité et isolement** : maintien d'un filet de sécurité pour les familles vulnérables.

8. L'engagement de l'ONSSF

L'ONSSF agit pour :

- **Plaidoyer constant** : promotion de la place des sages-femmes dans la prévention, la périnatalité et la santé publique.
- **Présence institutionnelle** : auditions, contributions aux PLFSS, participation aux instances.
- **Propositions structurées** : revalorisation de la profession, création d'un pilotage national de la PMI, pour et chaque profession, reconnaissance des missions en prévention.
- **Mobilisation continue** : rencontres parlementaires, interventions auprès des ministères, accompagnement des équipes sur le terrain.

B. Conclusion

Les 80 ans de la PMI doivent marquer un tournant. Le service public, qui a permis d'énormes avancées pour la santé des femmes et des enfants, ne peut continuer à s'éroder.

L'accueil inconditionnel de toutes les femmes enceintes, avec ou sans papiers, est au cœur de l'action des sages-femmes, piliers de la prévention périnatale. Elles possèdent les compétences, la légitimité et l'ancrage territorial nécessaires pour redonner à la PMI sa pleine capacité d'action.

L'ONSSF appelle à :

- un investissement politique majeur,
- une refonte du pilotage,
- la reconnaissance pleine et entière du rôle des sages-femmes,
- la reconstruction des effectifs,
- la réduction des inégalités territoriales.

Refonder la PMI, c'est refonder notre vision collective de la prévention, du soutien aux familles et de l'avenir de la santé publique en France.