



**Place des services de PMI dans le système de santé
et dans le contexte de la réforme des collectivités territoriales**

I. Introduction

Les services départementaux de PMI étaient placés, jusqu'à la décentralisation effective au 1^{er} janvier 1985, sous l'autorité des Directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS) dépendant elles-mêmes des préfets de départements. Le budget des services de PMI, alors votés par le Conseil général, était remboursé à hauteur de 83% par l'Etat.

Les lois de décentralisation de 1982-83 ont confié les missions de protection maternelle et infantile aux Conseils généraux, chargés par ailleurs de la politique d'aide sociale à l'enfance et de la politique d'action sociale. La loi n°89-899 du 18 décembre 1989 a précisé l'organisation et les missions du service départemental de PMI (actuels articles L.2111-1 à 4 et L.2112-1, 2 et suivants du code de la santé publique).

Dans notre document argumentaire¹ remis le 30 janvier à M. Le Moign, Directeur de cabinet adjoint de la ministre de la Santé, nous avons souligné, parmi les difficultés que rencontre le dispositif de PMI, que :

→ **Le CSP énonce l'ensemble des missions et fixe des normes minimales d'activités et de professionnels, les services de PMI étant placés sous l'autorité du CG** : il y a donc une tension entre l'existence d'une législation nationale (loi 1989, décrets 1992) très précise quant aux missions et aux moyens et celle d'un cadre d'application décentralisé depuis 1985, privé de l'appui d'une politique nationale incitative ou régulatrice.

Cela se traduit par autant de politiques de PMI que de départements, il n'y a plus de politique nationale de santé de l'enfant, des jeunes, des familles, l'Etat n'impulse ni ne régule plus les orientations de PMI et leur mise en œuvre (sauf l'épisode de la loi relative à la protection de l'enfance du 5 mars 2007).

→ **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 dispersées unité territoriale par unité territoriale sans aucune coordination en tant que service départemental de PMI

→ **Un service au public insuffisant et très inégalement réparti**, les normes minimales conçues pour le garantir sont très diversement respectées (sans oublier que depuis l'établissement de ces normes les missions des professionnels concernés ont été étendues sans que les normes soient ajustées en conséquence) : en 2004, 48% des départements se situent sous les normes en matières de consultations, 22% sous les normes pour les personnels puéricultrices et sages-femmes (2006 - étude sur la PMI en France, IGAS). La Cour des Comptes estime aussi (rapport 2012) que la "couverture des services de PMI est inégale (...)".

II. Un constat

1) Les missions de PMI relèvent de la politique de santé, et constituent la seule mission de santé confiée au département au titre de ses missions "obligatoires". Il s'agit donc d'un facteur "d'isolement" de la PMI par rapport à l'ensemble du système de soins, malgré les efforts réalisés par nombre de collectivités pour entretenir les liens entre les services de PMI et les partenaires santé extérieurs aux Conseils généraux. Cet isolement s'est accru face à un système de santé qui de son côté a fortement secondarisé la prévention et qui se déploie en générant des actes de médecine libérale « individuels » non intégrés à une vision de santé publique d'ensemble (ex PRADO, entretien pré et bientôt postnatal). Le dispositif de PMI qui précisément reliait les différents acteurs (Etat, sécurité sociale, collectivités locales) en ressort fortement affaibli.

2) Les missions des services de PMI se fondent sur une approche globale de la santé avec une triple composante, sanitaire, sociale et éducative. Elles concernent l'enfance, la jeunesse et la famille, domaines où les départements sont particulièrement impliqués. Le rattachement de la PMI aux départements comportait donc une logique forte d'arrimage de cette politique de santé publique avec celles de protection de l'enfance et d'action sociale envers les familles.

¹ http://www.assureravenirpmi.org/Doc/dossier_presse_mouvementPMI_30jan2014.pdf

→ Le bilan de 30 ans de décentralisation conduit donc à souligner à la fois l'intégration fréquemment insuffisante de la PMI au système de soins et la pertinence de la proximité avec les dispositifs d'action sociale et éducative.

Les évolutions à venir devront concomitamment mieux articuler les soins préventifs réalisés en PMI et planification familiale avec les soins dispensés par les autres acteurs du système de santé, tout en préservant les liens étroits construits avec les acteurs agissant sur les versants sociaux et éducatifs.

III. Loi de santé et réforme des collectivités locales : quelle place pour les services de PMI ?

Le double enjeu de la réforme des collectivités locales et de la future loi de santé appelle à élaborer un repositionnement pour les services de PMI, prenant en compte la double exigence précédemment énoncée de mieux inscrire la PMI dans les politiques de santé sans la détacher de la politique sociale.

→ Mieux inscrire la Protection Maternelle et Infantile dans les politiques de santé

1) Il s'agit en premier lieu de re-définir une politique nationale de santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille, avec la création d'une instance nationale pour la promotion et la protection de la santé familiale et infantile constituée autour des missions suivantes : évaluation des besoins, impulsion des politiques nationales de santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille en repositionnant les soins de santé de base, fixation de priorités et d'objectifs, rôle d'incitation et de régulation à l'égard des institutions mettant en œuvre localement ces politiques, mutualisation des expériences, etc. : cf. en ce sens notre demande d'inscrire dans la loi de santé la disposition suivante :

"Il est créé un Conseil national de promotion de la santé familiale et infantile placé sous l'autorité du ministre chargé de la santé, ayant pour missions d'impulser nationalement cette politique, d'apporter toute contribution permettant au ministre de la santé de garantir l'effectivité de la mise en œuvre de cette politique, de coordonner l'action globale de tous les acteurs concernés, et dont la composition sera fixée par décret".

2) C'est également tout l'enjeu de traduire dans la loi de santé la perspective de décliner une composante "santé de la famille, de l'enfant et de l'adolescent" du service territorial de santé au public : c'est-à-dire associer le dispositif de PMI à une instance publique formalisant une coopération locale, dans un cadre fonctionnel, avec tous les acteurs de santé intervenant dans ce champ : PMI, services de santé scolaire, RASED, intersecteurs de pédopsychiatrie, CMPP, CAMSP, services hospitaliers concernés, maternités, réseaux périnatalité, centres d'orthogénie, centres de santé, pédiatres, gynécologues, obstétriciens, généralistes, sages-femmes libéraux participant aux missions de service public, paramédicaux, centres maternels, services de prévention municipaux, associations concernées, etc. En ce sens la constitution d'un **service public local de santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille** est une formule à examiner dans ses tenants et aboutissants. S'appuyant sur la définition d'une politique nationale et régionale de santé de l'enfant, ces regroupements élaboreraient des priorités et des modalités de coopération respectant les champs et prérogatives de chaque composante tout en favorisant une meilleure coordination et intégration des missions et activités mises en œuvre.

Ces regroupements bénéficieraient d'une animation et d'une coordination publique assurée de façon collégiale, associant ARS, conseil général, pôles hospitaliers concernés. Leur financement serait assuré par une dotation de service public venant conforter les financements existants.

En pratique, un article de la future loi de santé devrait prévoir l'organisation de la coordination des soins en santé familiale et infanto-juvénile selon des principes semblables à ceux énoncés dans le projet de loi pour la psychiatrie :

« Art. L. 3221-4-2. - Dans le cadre du service territorial de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé met en œuvre une organisation des parcours en santé mentale incluant prévention, soins et insertion et rassemblant les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux

indispensables pour assurer la qualité et la sécurité des parcours de soins et de vie des personnes souffrant de troubles psychiques.

Ainsi nous demandons l'ajout à la loi de santé d'un article énoncé comme suit : "Dans le cadre du service territorial de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé met en œuvre une organisation des parcours en santé familiale et infanto-juvénile incluant prévention et soins et rassemblant les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux indispensables pour assurer la qualité et la sécurité des parcours de soins et de vie des personnes visés par livre II du code de la santé publique relatif à l'Action sanitaire et médico-sociale en faveur de la famille, de l'enfance et de la jeunesse".

→ Préserver le lien de la PMI avec la politique sociale

Nous rappelons la nécessité de maintenir des services structurés de PMI pour assurer toutes les missions, dirigés par un médecin et comprenant des personnels médicaux, paramédicaux, psychologiques, sociaux, éducatifs. Ces services de PMI doivent conserver leur ancrage local et leurs missions actuelles, à savoir la prévention et la promotion de la santé de l'enfant et de la famille, la planification familiale, les modes d'accueil, la protection de l'enfance, le dépistage et l'accompagnement des enfants porteurs de handicap et de maladies chroniques, la production de données épidémiologiques et de recherches dans son domaine de compétence, etc.

La question de préserver l'ancrage dans le tissu social local où vivent les bénéficiaires des missions de PMI est étroitement liée à l'évolution institutionnelle de la décentralisation.

Dans la situation d'incertitude actuelle sur ces perspectives, nous défendons plusieurs points de repères :

- le maintien d'un cadre institutionnel commun avec les missions d'aide sociale à l'enfance et d'action sociale en faveur des enfants, des jeunes et des familles ;
- la préservation d'un seuil critique en terme d'effectif de population concernée par chaque service de PMI, seuil suffisant pour élaborer une politique de santé publique cohérente en disposant de moyens adéquats pour remplir les missions de PMI à l'échelle de la population concernée : c'est actuellement le cas des départements, cela pourrait l'être à l'échelle de métropoles dont le dimensionnement resterait compatible avec la mise en œuvre de politiques de proximité, beaucoup plus difficilement dans le cadre d'intercommunalités représentant moins de quelques centaines de milliers d'habitants et moins de quelques milliers de naissances par an ;
- l'inadéquation de solutions telles que le rattachement des services de PMI aux régions (aucune compétence actuelle ou envisagée en matière de santé ou sociale) ou aux ARS (dont la vocation n'est pas de gérer directement des services de santé aux personnes).

En conséquence, à l'étape actuelle du processus, nous nous prononçons pour le principe du maintien des services de PMI aux départements, avec ouverture d'une réflexion sur les enjeux et conditions du transfert aux futures métropoles. Dans les deux cas, des choix organisationnels devraient être conçus dans l'objectif de préserver des modalités de coopération étroite avec le service de l'Aide sociale à l'enfance et avec le service social et d'assurer la coordination avec les services de santé (cf. ci-dessus).

→ Consolider le financement des services de PMI

Quelle que soit l'évolution institutionnelle à venir, les services de PMI doivent bénéficier de financements élargis pour faire face à leurs missions qui ont considérablement été développées depuis les années 1980 (cf. notre document argumentaire² remis le 30 janvier à M. Le Moign) :

² http://www.assureravenirpmi.org/Doc/dossier_presse_mouvementPMI_30jan2014.pdf

- de la part de l'Assurance maladie (en accroissant la liste des actes remboursables et en prévoyant des financements forfaitaires sur fonds de prévention),
- de la part des ARS (financement pluriannuel de programmes coopératifs en prévention et santé publique, contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins et dotations contribuant à financer l'exercice coordonné des soins),
- de la part de l'Etat (notamment au titre des missions de prévention incluses dans la loi de 2007 sur la protection de l'enfance).

A cet égard le statut des centres de PMI, à la fois partie prenante d'un service non personnalisé du département (le service de PMI) et reconnus comme structures de santé particulières (avec l'attribution de numéros FINESS), doit ouvrir droit à tout mode de financement en tant qu'organisme délivrant des soins de santé.

Nous demandons notamment que la future loi de santé intègre les dispositions suivantes :

- **Ajouter au premier alinéa de l'article L. 2112-7 du CSP les actes des puéricultrices et des infirmières ainsi que ceux des psychologues réalisés dans le cadre des services et consultations de PMI (revoir la nomenclature des actes en conséquence).**
- **Modifier le deuxième alinéa de l'article L. 2112-7 du CSP comme suit (*propositions de rédaction en italiques rouges*) : "Les organismes d'assurance maladie *participent* également, par voie de convention, sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale aux autres actions de prévention médico-sociale menées par le département *et attribuent des dotations contribuant notamment à l'exercice pluridisciplinaire des services de PMI et à la coordination des soins.*"**
- **Appliquer toutes les possibilités d'extension conventionnelle aux services de PMI de mesures existantes pour les libéraux ou pour d'autres opérateurs de soins comme les centres de santé.**