



ACEPP (Association des Collectifs Enfants Parents Professionnels), **ANAPSY-pe** (Association Nationale des Psychologues pour la Petite Enfance), **ANPDE** (Association Nationale des Puéricultrices Diplômées et des Etudiantes), **ANSFT** (Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales), **ATD Quart Monde**, **Fédération CFDT-Interco**, **Fédération CGT des services publics**, **CSF** (Confédération Syndicale des Familles), **FNEJE** (Fédération Nationale des Educateurs de Jeunes Enfants), **SNMPMI** (Syndicat National des Médecins de PMI), **SNUCLIAS-FSU**, **SUD collectivités territoriales**, **UFNAFAAM** (Union Fédérative Nationale des Associations de Familles d'Accueil et Assistantes Maternelles), **UNIOPSS** (Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux)

Quels enjeux pour la politique de PMI après le vote de la loi de modernisation du système de santé ?

Concernant l'application-même de la loi de Santé

♦ A l'article 1^{er} la loi LMSS précise que la politique nationale de santé comprend "l'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile".

Quel cadre permanent construire pour mettre en place cette animation, quels en seront les missions, la composition, les modalités de fonctionnement ?

Nos pistes de réflexion et propositions :

- Mettre en place un cadre de travail permanent s'apparentant à un comité d'interface pour la prévention et la promotion de la santé dans le champ de l'enfance, de la famille et de la planification familiale, placé sous l'égide de la DGS.

- Ce comité d'interface aura dans son champ de compétence (réflexions et actions concertées) les grands domaines de la PMI (PI, PM, planification familiale, modes d'accueil).

- Il offrira un cadre de co-production associant les principaux acteurs intéressés à la politique de PMI (DGS-DGOS-DSS du ministère, ADF, représentants de services de PMI, de l'assurance maladie, représentants d'organismes familiaux et professionnels - dont la plate-forme PMI)¹,

- Cette coproduction s'inscrit dans l'esprit de la loi LMSS qui prévoit que :

- * dans le cadre de la politique nationale de santé relevant de la responsabilité de l'Etat (article L.1411-1 du CSP) figure "*l'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile*"

- * au titre de l'Article L.1411-9 du CSP, "*Les services de santé mentionnés à l'article L. 1411-8 contribuent, chacun dans le cadre des missions qui lui sont imparties, à la politique de santé définie aux articles L. 1411-1 et L. 1411-1-1.*"

- Une telle coproduction pourrait par exemple prendre la forme de :

- * proposer la définition de priorités nationales pour les actions de PMI et de planification familiale, à partir notamment des orientations de la stratégie nationale de santé, dans ses volets enfant, jeunesse, maternité, ... et des remontées des services et acteurs de PMI ;

- * mutualiser les expériences des services de PMI et les diffuser, contribuer à l'analyse des données sur la santé familiale et infantile, sur la PMI et ses activités, collectées par la DREES ou d'autres producteurs (ORS, laboratoires de recherche universitaires...) et en diffuser les résultats ; un premier enjeu pourrait consister à réaliser un état des lieux en

¹ L'ensemble des acteurs de santé de l'enfant et de la famille - hospitaliers, ambulatoires, santé scolaire, PMI...- associés à ceux déjà cités se retrouvant dans le cadre d'une commission de la naissance et de la santé de l'enfant rénovée et travaillant sur les enjeux d'élaboration du volet santé de l'enfant de la stratégie nationale de santé

2016-2017 de la réalisation des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile ;

* organiser une initiative nationale régulière de rencontre des professionnels et services de PMI (du type journées nationale et régionales de PMI) ;

* mener des travaux prospectifs à court et moyen terme sur les enjeux en termes de missions, et de moyens financiers et humains à leur consacrer ;

* travailler à partir de thématiques concrètes telles que le parcours de prévention et de prise en charge suite à des dépistages (troubles sensoriels, retard ou difficultés de langage...), la mise en place de dossiers santé électroniques en lien avec un futur e-carnet de santé de l'enfant, la coopération des professionnels en intra et extra services de PMI autour du parcours de suivi préventif de la femme enceinte et celui de l'enfant (cf. les 20 examens réglementaires), etc.

♦ A l'art. 65 la loi LMSS précise que les acteurs des soins de premier recours, dont les professionnels de PMI font partie, sont appelés à participer aux communautés professionnelles territoriales de santé : quelle place pour la PMI dans ces futures CPTS, quelle missions concrètes pour ces CPTS en lien avec celles de PMI ("assurer une meilleure coordination des actions des acteurs de santé de premier recours et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé, formalisation d'un projet de santé sur leur territoire d'action") ? Peut-on envisager la mise en place de CPTS consacrés spécifiquement aux problématiques de santé enfance-jeunesse-famille ? Quelles articulations avec les futurs Conseils territoriaux de santé ?

Nous formulons la demande de faire figurer dans un texte réglementaire ou à défaut à l'occasion d'une circulaire ou d'une note d'orientation sur les CPTS, le fait que les services tels la PMI, la santé solaire, la santé au travail, c'est-à-dire ceux mentionnés à l'article L. 1411-8, figurent bien parmi les acteurs de santé du premier recours et à ce titre ont vocation à entrer dans les CPTS.

Nous rappelons que d'ores et déjà les équipes et services de PMI sont impliqués dans de nombreux cadres collectifs locaux de coopération : réseaux de périnatalité, réseaux addiction, contrats locaux de santé, réseaux de suivi des anciens prématurés, consultations conjointes formalisées PMI-pédopsychiatrie, REPOP, réseaux de prévention des violences faites aux femmes, partenariats avec les acteurs de la prise en charge des enfants porteurs de handicap, travail avec els associations dans le cadre des accompagnements de familles en grande difficulté sociale (parents sans domicile, familles Roms,...).

♦ A l'art. 158 la loi LMSS précise que des représentants des services de PMI sont associés aux conseils territoriaux de santé : quels critères pour définir les territoires de santé ?, quelle clarification des missions de ces CTS ("participation à la réalisation du diagnostic territorial de santé, élaboration, mise en œuvre, suivi et évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé"...), quelle clarification de leur organisation ?, quelle articulation entre les CPTS et les CTS ? quels échanges mutuels et quelles coopérations entre les différentes strates pour définir des orientations nationales, régionales et territoriales articulées en terme de politiques de santé familiale et infantile et de planification familiale, tout en préservant des réponses spécifiques en fonction des réalités de terrain ?

Nos observations et demandes formulées à l'occasion de la concertation sur le projet de décret sont les suivantes :

1) Il prendrait sens que les représentants de services de PMI au sein du Conseil territorial de santé puissent être désignés naturellement au titre du 3^ocollège (en tant que professionnels de santé exerçant en service de PMI sous l'autorité du président d'un Conseil départemental), mais également

au titre du 1^o collègue (en tant que professionnels de santé chargés d'une mission de promotion de la santé et de prévention).

2) Nous souhaiterions que le tableau de répartition des collèges du CTS, document où est mentionné explicitement la représentation du service départemental de PMI, figure en annexe du décret. Il serait également souhaitable qu'il soit mentionné dans ce tableau que la représentation du service départemental de PMI est assurée par le médecin qui dirige le service départemental de PMI (cité à l'article L. 2112-1 du code de la santé publique).

3) Si le conseil territorial de santé siège sur un territoire dont le ressort géographique englobe plus d'un département, il serait utile de prévoir qu'un représentant du service de PMI de chacun des départements concernés soit désigné dans le CTS (en pratique il sera sans doute rare que cela concerne plus de deux départements).

Une autre dimension que nous souhaitons voir traiter dans l'articulation des approches nationale-territoriale est celle d'améliorer l'intégration des actions et structures de PMI vis-à-vis du système de santé, tout en préservant notre proximité avec les politiques sociales et éducatives enfance - famille.

Autres chantiers complémentaires urgents

♦ travailler sur les enjeux de financement notamment :

- avec la DSS sur les modalités de financement par les organismes d'assurance maladie (part forfaitaire sur les actions de santé publique et de prévention collective² et part de remboursement à l'acte avec la prise en compte des actes des infirmières puéricultrices), et sur la nécessité d'ouvrir un chantier concernant la valorisation financière des actes des psychologues,
- avec la DGOS sur les aspects d'application à la PMI des modalités de financement prévus dans le cadre de la coordination et de la continuité des soins, en amendant notamment dans ce sens les articles L. 1435-3 et 4 et L6323-5 du code de la santé publique relatifs à la contractualisation avec les offreurs de services de santé et aux dotations de financement des services de santé (fonds attribués par les ARS³),
- avec la DGCS sur la piste d'une participation des CAF au financement des actions de la PMI portant sur leur mission concernant les modes d'accueil.

♦ travailler sur les enjeux de démographie des professionnels de santé, de statut, de formation et de curriculum des métiers exerçant en PMI : reprise des travaux de 2014 avec les directions concernées du ministère des affaires sociales et santé, lien à faire avec les ministères de la fonction publique et de l'enseignement supérieur.

² Proposition de compléter le deuxième alinéa de l'article L. 2112-7 du CSP en prévoyant l'attribution par les organismes d'assurance maladie sur leur fonds d'action sanitaire et sociale de dotations contribuant notamment à l'exercice pluridisciplinaire des services de PMI et à la coordination des soins.

³ 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.