



*Contribution de la plate-forme
"Assurer l'avenir de la PMI"
à la mission de Michèle Peyron, députée*



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), **UNIOSS** (Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux)

Sommaire

Synthèse des arguments et propositions de la plate-forme "Assurer l'avenir de la PMI".....	p.3
Situation du dispositif de PMI : de multiples atouts, de nombreuses raisons d’alerter, des propositions pour l'avenir.....	p.5
Quelques exemples de l'efficience des activités de PMI.....	p.12
Quelle gouvernance pour le dispositif de PMI et de planification familiale ?.....	p.14
Propositions relatives au calendrier et à la réalisation des examens obligatoires de l'enfant.....	p.17
Réflexion sur l'évolution des normes réglementaires en PMI : l'exemple des normes de consultation infantile, de consultation de suivi de grossesse, de bilan de santé en école maternelle.....	p.21
Financement de la PMI : arguments pour un socle de financement pérenne appuyé sur les normes réglementaires révisées.....	p.26
Maintenir ou rétablir des services de PMI et de planification familiale structurés au sein des organisations départementales.....	p.29
Attractivité professionnelle – situation spécifique et propositions concernant les médecins.....	p.31
Modes d’accueil : missions du service de PMI.....	p.35





Synthèse des arguments et propositions de la plate-forme "Assurer l'avenir de la PMI"

Contribution à la mission de Michèle Peyron, députée – novembre 2018

► Gouvernance de la PMI-planification familiale

- Assurer la co-production de la politique de PMI entre l'État et les départements dans le cadre d'un Comité d'Animation Nationale des Actions de PMI (CANAPMI) doté d'une assise réglementaire
- Maintenir les missions de PMI-planification familiale confiées aux départements en mettant en place un mécanisme de co-responsabilité avec les ARS, et en assurant un financement fléché (État, assurance-maladie) des activités de PMI-PF, ainsi que le soutien à la démographie des professions de santé contribuant à la PMI

► Calendrier et réalisation des examens obligatoires de l'enfant

- Passer à 22 examens obligatoires dont 19 avant l'âge de 6 ans
- Articuler de façon concertée les temps d'intervention des médecins et des puéricultrices pour réaliser ces examens obligatoires entre les âges de 15 jours et 6 ans : sur la base de 12 examens au moins assurés par les médecins et jusqu'à 6 par les puéricultrices (leur rythme d'intervention étant modulé selon les besoins propres à chaque enfant)
- Faire prendre en charge, dans ce cadre, les examens réalisés par les puéricultrices par l'assurance maladie

► Evolution des normes réglementaires de la PMI

- Réactualiser les normes réglementaires afin d'obtenir une couverture attendue en termes de consultations, de visites à domicile, de bilans de santé, à ajuster aux caractéristiques socio-démographiques et sanitaires des départements
- Fixer à ce titre des normes réglementaires minimales, à l'atteinte desquelles contribuera un financement dédié de la part de l'État via les ARS

► Financement fléché pour les activités de PMI-planification familiale

- Assurer un financement socle de l'offre de service de PMI-planification familiale en le liant à une couverture minimale d'offre de service attendue en fonction d'indicateurs socio-démographiques et de santé
- Compléter ce financement socle par les remboursements d'actes par l'assurance maladie incluant toutes les prestations en matière de protection infantile, de protection maternelle et de planification familiale, qu'il conviendrait d'élargir en prévoyant la prise en charge par l'assurance maladie des actes des puéricultrices et la prise en compte des actes pratiqués en équipes par les professionnels de PMI
- Assurer des modalités de financement des actions collectives et de la participation de la PMI aux actions partenariales et à la coordination et la continuité des soins



Synthèse des arguments et propositions de la plate-forme "Assurer l'avenir de la PMI" – suite novembre 2018

► Unicité des services de PMI et organisation territoriale

- Maintenir ou rétablir des services de PMI et de planification familiale structurés au sein des organisations départementales, en charge des missions inscrites au code de la santé publique, dirigés par un médecin et comprenant des personnels médicaux, paramédicaux, psychologiques, éducatifs et sociaux
- Organiser l'articulation fonctionnelle territorialisée des équipes de PMI avec celles chargées de l'action sociale départementale et de l'aide sociale à l'enfance, dans le respect d'exercice des missions de PMI inscrites au code de la santé publique

► Démographie, statut, rémunération, formation des professionnels de PMI

- Revaloriser les statuts et salaires des professionnels de PMI au niveau de leurs homologues du curatif, notamment en alignant la grille des médecins territoriaux sur celle des praticiens hospitaliers
- Définir un cadre d'exercice des puéricultrices reconnaissant pleinement leurs compétences
- Promouvoir la place dans les services de PMI de professions précieuses pour l'offre de prévention pluriprofessionnelle de PMI, telles les psychologues, les éducateurs de jeunes enfants, les auxiliaires de puériculture, les psychomotriciens...
- Définir un réel statut pour les conseillères conjugales et familiales
- Inclure les enjeux de formation et de curriculum des métiers exerçant en PMI, former à la prévention en santé familiale et infantile et faire connaître la PMI pendant l'ensemble des cursus conduisant à ces métiers, notamment au cours des spécialités de pédiatrie, gynécologie, santé publique, médecine générale

► Modes d'accueil : missions du service de PMI

- Maintenir les missions d'agrément, d'avis, d'autorisation, de contrôle et d'accompagnement des modes d'accueil du jeune enfant par le président du Conseil départemental, sur instruction des services de PMI pour ce qui relève de leurs compétences en matière de santé et de développement du jeune enfant, et d'adaptation du mode d'accueil à ces enjeux



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)

Situation du dispositif de PMI : de multiples atouts, de nombreuses raisons d'alerter, des propositions pour l'avenir

La PMI, un service public de prévention et de promotion de la santé de l'enfant, de la famille, des femmes et des jeunes

Missions et principes directeurs du dispositif de PMI

Le code de la santé publique énonce l'ensemble des missions de la PMI (articles L.2112-1 et L.2112-2) : il s'agit notamment de consultations médicales préventives (en direction des femmes enceintes, des enfants de la naissance à 6 ans, des femmes et des jeunes dans le cadre de la planification familiale), de visites à domicile de puéricultrices et de sages-femmes, de bilans de santé en école maternelle, d'actions médico-sociales de soutien aux familles, d'activités de planification et d'éducation familiales, d'actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger, d'activités d'agrément et de contrôle des modes d'accueil de la petite enfance, du traitement d'informations épidémiologiques et en santé publique relatives à la maternité et à la petite enfance.

Dans ce cadre des principes directeurs caractérisent le dispositif de PMI : proximité, accessibilité, ancrage dans les milieux de vie, gratuité, pluridisciplinarité¹, approche globale médico-psycho-sociale, modalités d'actions variées², partenariat très diversifié, double compétence : santé publique – promotion de la santé et actions de santé individualisées ; la PMI est donc un service de santé avant tout, mais ayant de fortes proximités avec les politiques sociales et éducatives. La PMI s'adresse à tous, tout en portant une attention particulière pour des populations rencontrant des difficultés spécifiques (handicap, précarité sociale, isolement...) - notion d'« universalisme proportionné » comme le préconise l'IGAS, cf. le rapport *"Les inégalités de santé dans l'enfance"* (2011). Ces principes que le dispositif de PMI applique de très longue date pour la santé de l'enfant et de la famille convergent avec ceux qui sous-tendent la stratégie nationale de santé qui a pour maîtres mots : promotion de la santé et prévention, parcours de santé coordonné, prise en charge globale, coopération entre professionnels, action sur les déterminants de santé, lutte contre les inégalités sociales de santé

Les réalisations du dispositif de PMI sont avérées. Le Conseil économique, social et environnemental le confirme dans un rapport de 2014 : "Institution originale, pionnière d'un nouveau mode de prise en charge axé sur la prévention et la prise en compte des déterminants de santé, la PMI doit voir ses atouts valorisés et son avenir sécurisé"³. Le rapport 2017 du Défenseur des droits sur les droits de l'enfant soutient à son tour, à propos du dispositif de PMI et de planification familiale que : *"Parce qu'elle s'inscrit pleinement dans une démarche de prévention et de promotion de la santé, la PMI est un service indispensable à l'effectivité du droit à la santé de l'ensemble des enfants en France, en particulier des plus précaires, et constitue à cet égard un acteur incontournable de la démocratisation de l'accès aux soins"*.

¹ Médecins, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, sages-femmes, psychologues, conseillères conjugales, éducatrices de jeunes enfants, psychomotriciens, orthophonistes, diététiciens, secrétaires.

² 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.

³ http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Fiches/2014/FI21_pmi.pdf

A l'actif par exemple, le bulletin épidémiologique hebdomadaire du ministère de la santé a noté à plusieurs reprises la place prépondérante prise par la PMI dans le dépistage du saturnisme infantile en France depuis 30 ans⁴. L'Inspection générale des affaires sociales rappelait également en 2011 que "la couverture vaccinale des élèves de ZEP contre la rougeole et l'hépatite B est meilleure que celle des élèves hors ZEP, sans doute du fait d'un recours plus important aux services de la protection maternelle et infantile"⁵.

Ceci sans oublier les multiples actions, dans le champ médico-psycho-social, que mènent les services de PMI et de planification familiale au quotidien 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, etc.

*Concrètement l'action préventive de la PMI*⁶, incluant la dimension médicale et de puériculture, s'inscrit dans :

- l'accompagnement de la vie quotidienne : 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 ; prise en compte de questions apparemment bénignes de puériculture en mesurant les soubassements somatiques et psychologiques ; prévention des risques environnementaux et sociétaux pour le développement et l'épanouissement des jeunes enfants ; 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 : sevrage, 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 chronique⁷, 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.

Le code de la santé publique s'est récemment enrichi de dispositions relatives au dispositif de protection maternelle et infantile en l'inscrivant dans la politique nationale de santé. Il précise notamment :

- ♦ 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 ;
- ♦ que les services de PMI contribuent à la politique nationale de santé ;
- ♦ que l'articulation des missions des médecins de PMI avec celles des futurs médecins traitants de l'enfant, dans le cadre du parcours de santé de l'enfant, s'exerce en bonne intelligence et dans le respect des compétences des médecins du service de PMI ;
- ♦ qu'un volet de la stratégie nationale de santé détermine les priorités de la politique de santé de l'enfant et qu'une des missions du Haut comité de santé publique est de contribuer à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée ;
- ♦ que des représentants des services de PMI sont associés aux conseils territoriaux de santé et que les professionnels de PMI, en tant qu'acteurs des soins de premier recours, sont appelés à participer aux communautés professionnelles territoriales de santé ;

⁴ cf. Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) 2008/44 et 2010/44

⁵ Inspection générale des affaires sociales. Alain Lopez, Françoise Schaezel, Marguerite Moleux et Claire Scotton. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance*. Rapport RM2011-065P, mai 2011

⁶ 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)

⁷ 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.

- ♦ qu'une coordination est établie concernant les actions conduites dans le cadre de la PMI et les missions menées dans les écoles du premier degré ;
- ♦ que l'orientation vers un centre de planification familiale peut être proposée par l'infirmier-e scolaire qui a fourni une contraception d'urgence à une élève ;

Les services du ministère de la santé et des affaires sociales ont produit deux rapports sur la PMI (rapport DGS de 2014⁸ et rapport DGCS de 2016⁹) qui confirment l'apport du dispositif de PMI à la promotion de la santé des enfants et des familles et qui émettent des propositions pour le pérenniser et le renforcer.

Un dispositif de PMI aujourd'hui fragilisé

Malgré les atouts de la PMI, force est de constater que :

➔ **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. Cela s'est traduit par autant de politiques de PMI que de départements, il n'y a plus eu de politique globale nationale de santé de l'enfant, des jeunes, des familles et l'Etat n'a plus impulsé ni régulé les orientations de PMI et leur mise en œuvre.

➔ **Les services de PMI sont fragilisés 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. Ceci, dans un contexte d'aggravation de la précarité sociale, d'évolution des structures familiales et d'isolement grandissant de nombreuses familles. A quoi il convient d'ajouter : la dégradation des conditions de travail des personnels, l'usure professionnelle et surtout les moyens, en personnel mais pas seulement, qui se réduisent, même dans les départements les mieux dotés : restrictions dans l'utilisation des interprètes alors même que la barrière linguistique est un obstacle reconnu à l'efficacité et à la qualité des soins ; restrictions dans les prises en charge sur le budget PMI des examens prénataux pour les nombreuses femmes enceintes sans protection sociale ; restrictions dans les prises en charge d'aides à domicile de T.I.S.F. et d'A.V.S.

➔ **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 souvent dispersées unité territoriale par unité territoriale sans aucune coordination en tant que service départemental de PMI. Sans parler des missions de planification familiale bien souvent ignorées des conseils départementaux.

➔ **Un service au public insuffisant et très inégalement réparti**, les normes minimales conçues pour le garantir sont très diversement respectées : en 2004, 48% des départements se situaient 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 estimait aussi (rapport 2012) que la "couverture des services de PMI est inégale" : en 2009, 40 départements se situent sous les normes de consultations prénatales, 56 départements sous les normes pour les consultations infantiles. On observe des écarts pour les taux de sages-femmes PMI allant de 1 à 17, pour les puéricultrices de 1 à 3,5. Egalement de fortes disparités concernant les taux de médecins : 66 ETP pour 100 000 naissances dans le Finistère pour 980 ETP en Seine-St-Denis (rapport de 1 à 15).

⁸ Rapport de la DGS "Evolution de la protection maternelle et infantile" du 31 octobre 2014 : http://www.assureravenirpmi.org/Doc/Rapport_DGS_PMI_31oct2014.pdf

⁹ Rapport de la DGCS "Protection maternelle et infantile, soutien à la fonction parentale, protection de l'enfance et modes d'accueil" : http://www.assureravenirpmi.org/Doc/Rapport%20PMI_DGCS_mai2016.pdf

➔ **Eléments d'évolution des capacités d'action du dispositif PMI, quelques exemples :**

	Nb de séances de protection infantiles - France métropolitaine	Nombre de points de consultations infantiles	Nb de départements ne respectant pas la norme réglementaire de consultations infantiles
1985		6527 ⁽¹⁾	
1992	261 000 ⁽¹⁾	5721 ⁽¹⁾	
1995			58 ⁽²⁾
2004	221 628 ⁽³⁾		47 ⁽³⁾
2009			56 ⁽⁴⁾
2011		4279 ⁽⁵⁾	

⁽¹⁾ Documents statistiques n°233 (SESI - oct 1995)

⁽²⁾ Documents statistiques n°303 (SESI - avril 1998)

⁽³⁾ Rapport IGAS : Etude sur la protection maternelle et infantile en France (2006)

⁽⁴⁾ Cour des Comptes : Rapport public annuel 2012 - février 2012

⁽⁵⁾ DREES : http://data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,18,73,74

Entre 2009 et 2011, en seulement 2 ans, les 20 départements employant le plus de médecins (62% du total des médecins) ont perdu 11% de leurs effectifs médicaux (source : DREES). Plus globalement le nombre de médecins de PMI (en ETP) qui était de 2350 en 2009¹⁰ est passé à 2010 en 2013¹¹.

Un exemple éclairant des conséquences de cette baisse de la démographie médicale en PMI, celui du service de PMI de la Seine-Saint-Denis : en 2000 il réalisait 292 500 actes médicaux auprès des enfants de 0 à 6 ans, en 2008 cette activité était mesurée à 237 000 pour chuter à 171 500 en 2016 (soit une baisse totale de 42%). Ceci alors que le nombre de naissances y est passé de 23 000 à 30 000 dans les quinze ans.

➔ **Le financement est mal assuré** par l'Etat (pas de fléchage dans la DGD) : le budget global de fonctionnement consacré à la PMI était, selon l'IGAS, de 605 millions d'€ en 2005, à comparer aux 23 milliards d'€ affectés en 2004 par les départements à leurs dépenses d'action sociale et aux 10 milliards d'€ consacrés à la prévention dans la dépense de santé (source DREES 2002). L'assurance-maladie, deuxième financeur des services de PMI, apporterait, selon l'IGAS, un dixième des ressources consacrées à la PMI (60 millions d'€ en 2004). L'actuelle convention CNAMTS-départements sur le financement des services de PMI par les CPAM prend essentiellement en compte le remboursement des actes des médecins¹² et sages-femmes. Par contre elle ne prévoit pas le financement d'autres activités avec un élargissement du remboursement à l'acte prenant en compte les actes des infirmières puéricultrices et avec l'attribution d'une part forfaitaire sur les actions de santé publique et de prévention collective¹³.

➔ **Les réformes successives des collectivités locales** laissent planer des incertitudes sur l'existence même des départements à terme, par voie de conséquence une grave incertitude sur le devenir des services PMI. Ceci accentue les difficultés de recrutement et la déstabilisation des personnels sur le terrain.

➔ **Les ARS** n'ont pas d'intervention directe sur les politiques et le financement de PMI, lesquels restent du ressort des Conseils départementaux : la globalité des compétences de la PMI n'est appréhendée ni par les Conseils départementaux (qui n'investissent souvent pas assez le domaine de la santé), ni par les ARS (qui n'ont pas de compétence sociale à proprement parler).

¹⁰ DREES : Document de travail Série Statistiques (N°163 - nov 2011)

¹¹ DREES : Document de travail Série Statistiques (N°199 - juillet 2016)

¹² Et ce parfois à minima, ainsi certaines CPAM refusent de rembourser les actes médicaux lors des bilans de santé en école maternelle

¹³ Il serait possible à ce titre 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.

➔ **Le problème crucial de la démographie des professionnels de PMI** : concernant la Fonction publique territoriale, une étude du CNFPT¹⁴ prévoit que la part des titulaires au 31/12/2006 qui auront atteint l'âge moyen de départ en retraite en 2020 est de 66% pour les médecins, 47% pour les psychologues, 69% pour les sages-femmes, 43% pour les puéricultrices et 88% pour les puéricultrices cadres 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 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 de moins en moins accessible pour de très nombreuses familles et d'ouverture de droits de plus en plus lente pour les femmes enceintes...

Des chantiers urgents pour répondre aux difficultés du dispositif de PMI

Les services de PMI et de planification familiale, services publics de prévention et de promotion de la santé individuelle et collective, peuvent être une des chevilles ouvrières majeures de la politique de santé familiale et infantile, en phase avec la toute récente préconisation de la stratégie nationale de santé 2018-2022 visant à "Renforcer le réseau de la protection maternelle et infantile".

Pour cela nous proposons de :

◆ Promouvoir la co-production de la politique de PMI entre l'Etat et les départements

Cette coproduction s'inscrit dans l'esprit des récentes dispositions du code de la santé publique qui prévoient 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 [dont ceux de PMI] 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."*

La co-production de la politique de PMI viserait par exemple à :

* définir des priorités nationales partagées 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, de la stratégie nationale de santé sexuelle, et des orientations des collectivités dans ces domaines, reposant notamment sur les besoins identifiés par les départements et leurs services de PMI et par les usagers de ces services ;

* 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, développer la recherche dans les champs d'action de la PMI et de la planification familiale ;

* 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, de modalités de mise en œuvre et de moyens financiers et humains à leur consacrer ;

* développer la contribution de la PMI sur des thématiques concrètes telles que : la politique de vaccination, la prévention en pré et post-natal concernant les déterminants environnementaux nocifs pour la santé et le développement, 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, le handicap et les maladies

¹⁴ CNFPT La démographie des personnels territoriaux au 31/12/2006, oct.2009

chroniques, la prévention dans le domaine de la santé psychique et mentale, la santé sexuelle et la planification familiale, les parcours de prévention et de prise en charge suite à des dépistages (troubles sensoriels, retard ou difficultés de langage...), 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, etc. Toutes thématiques qui croisent largement les quatre problématiques évoquées par le Haut Comité de Santé Publique dans son document sur la Stratégie Nationale de Santé : les risques sanitaires liés à l'augmentation prévisible de l'exposition aux polluants et aux toxiques, l'exposition de la population aux risques infectieux, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et ses conséquences, l'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétales.

♦ **Donner une assise réglementaire au Comité d'Animation Nationale des Actions de PMI¹⁵ aux fins d'impulser la co-production de la politique de PMI** : cette proposition fait l'objet d'une préconisation du Défenseur des droits dans son rapport 2017 sur les droits de l'enfant : *"Le Défenseur des droits salue la mise en place de cette instance et recommande que ses modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que ses objectifs soient précisés par voie réglementaire"*.

♦ **Travailler sur les enjeux de financement** (cf. notre document spécifique sur ce thème), notamment :

- Avec la Direction générale de la santé et la Direction générale de l'offre de soins **pour instaurer un fonds de financement fléché vers les services de PMI**, en s'appuyant sur l'orientation de fonds de l'ONDAM vers la prévention : ceci constituerait un puissant levier pour conduire les collectivités en charge opérationnelle de la PMI à en assumer pleinement les missions, parallèlement à la co-construction de cette politique publique évoquée précédemment. Ce fonds de financement fléché vers les services de PMI pourrait notamment inclure l'application à la PMI des modalités de financement prévues dans le cadre de la coordination et de la continuité des soins, en amendement 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 santé¹⁶. Notre demande d'instaurer un fonds de financement fléché vers les services de PMI fait écho à la proposition du HCSP dans sa contribution sur la SNS de *"Prévoir une structuration et un financement de l'effort de prévention à la hauteur des ambitions, notamment via la création d'un fonds spécifique pour la promotion de la santé dédié à l'accompagnement et à l'intervention, à la formation et la recherche."* . De même dans son rapport 2017 sur les droits de l'enfant *"... le Défenseur des droits attend une mobilisation effective des pouvoirs public, qui doit se traduire par une inscription, dans la stratégie nationale de santé, des missions et objectifs de la PMI et de la médecine scolaire, ainsi que des moyens nécessaires à leur exercice."*

- Avec la Direction de la sécurité sociale et la CNAMTS sur des **modalités nouvelles de financement par les organismes d'assurance maladie** :

* prise en compte des actes pratiqués en équipes par les services de PMI dans le cadre du I. 3°) de l'article 55 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018, cela suppose que cet article soit amendé lors du prochain PLFSS pour ajouter les départements comme bénéficiaires au titre des actes pratiqués en équipe par la PMI ;

* remboursement à l'acte avec la prise en compte des actes des infirmières puéricultrices et avec la nécessité d'ouvrir un chantier concernant la valorisation financière des actes des psychologues ;

* dotation forfaitaire sur les actions de santé publique et de prévention collective¹⁷.

Les dispositions proposées aux trois alinéas précédents pourraient figurer au sein d'une convention CNAMTS-départements renouvelée (dans ce cadre nous attirons l'attention sur la nécessité d'une

¹⁵ Le CANA-PMI, co-piloté par la DGS et l'ADF, a été mis en place en janvier 2017 en application de la loi de modernisation du système de santé (*"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"*).

¹⁶ 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.

¹⁷ 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.

disponibilité immédiate des droits à l'assurance-maternité dès la déclaration de grossesse quand ce n'est pas encore le cas).

- Avec la Direction générale de la cohésion sociale 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 relatifs aux professionnels de santé (démographie, statut, rémunération, ...)** pour donner corps à la préconisation de stratégie nationale de santé 2018-2022 d'*"Améliorer l'attractivité des statuts et des conditions d'exercice des professionnels de santé de protection maternelle et infantile et de médecine scolaire"* :

* revaloriser les statuts et salaires des professionnels de PMI au niveau de leurs homologues du curatif, notamment en alignant la grille des médecins territoriaux sur celle des praticiens hospitaliers dans le cadre d'un statut de praticien de santé publique et de prévention regroupant les médecins territoriaux, les médecins de l'éducation nationale et les médecins inspecteurs de santé publique ;

* définir un cadre d'exercice des puéricultrices reconnaissant pleinement leurs compétences ;

* promouvoir la place dans les services de PMI de professions précieuses pour l'offre de prévention pluriprofessionnelle de PMI, tels les psychologues, les psychomotriciens, les éducateurs de jeunes enfants, les auxiliaires de puériculture... ;

* définir un réel statut pour les conseillères conjugales et familiales ;

* inclure les enjeux de formation et de curriculum des métiers exerçant en PMI, former à la prévention en santé familiale et infantile et faire connaître la PMI pendant l'ensemble des cursus conduisant à ces métiers, notamment au cours des spécialités de pédiatrie, gynécologie, santé publique, médecine générale.

Il s'agit ici de reprendre les travaux de 2014¹⁸ avec les directions concernées du ministère des solidarités et de la santé, en lien avec les ministères de la fonction publique et de l'enseignement supérieur.

♦ **Stabiliser le cadre institutionnel des services de PMI** : "sanctuariser" l'existence de services de PMI et planification familiale en charge des missions inscrites au code de la santé publique dans l'éventualité d'évolutions institutionnelles des collectivités locales (cf. notre document spécifique sur ce thème).

♦ **Développer la recherche sur les enjeux de prévention et promotion de la santé** dans le champ de la PMI.

¹⁸ Rapport de la DGS « Evolution de la protection maternelle et infantile » du 31 octobre 2014 : http://www.assureravenirpmi.org/Doc/Rapport_DGS_PMI_31oct2014.pdf



Quelques exemples de l'efficacité des activités de PMI

Exemple 1 :

Lors d'une visite à domicile de la puéricultrice de PMI, celle-ci fait la promotion et la démonstration dans le contexte de vie de la famille, de l'utilisation d'un soluté de réhydratation orale (SRO) en cas de diarrhée du nourrisson et explique à la mère-aux parents la nécessité de venir faire peser le bébé à la consultation dans cette circonstance. L'appropriation de ces mesures de prévention-dépistage de la déshydratation du nourrisson par ses parents vise un bénéfice en termes de santé en évitant une complication potentiellement sévère pour l'enfant. L'action de prévention ainsi menée a également pour effet une économie potentielle pour l'assurance-maladie, en évitant la présentation de l'enfant aux urgences voire son hospitalisation (le coût comparé de l'intervention de la puéricultrice de PMI à domicile versus la prise en charge hospitalière - même dans sa version la plus "légère" - devrait en attester).

Exemple 2 :

La contribution de la PMI à la vaccination des nourrissons est reconnue, les services de PMI s'emparant traditionnellement des nouvelles recommandations vaccinales dans les plus brefs délais. Ainsi, l'IGAS indique dans un rapport de 2011 sur les inégalités de santé dans l'enfance : "la couverture vaccinale des élèves de ZEP contre la rougeole et l'hépatite B est meilleure que celle des élèves hors ZEP, sans doute du fait d'un recours plus important aux services de la protection maternelle et infantile"¹⁹. Selon le bulletin Etudes et résultats n°913 de la DREES, 700 000 enfants de moins de 6 ans dont une majorité de moins de 2 ans ont bénéficié de ces consultations de PMI, l'étude l'IGAS sur la PMI de 2006 estimait le taux d'enfants de moins de 1 an suivis en PMI à 50%. En tout état de cause l'activité vaccinale de la PMI auprès des jeunes enfants apporte une contribution majeure à la couverture vaccinale en France. En retenant l'exemple des trois vaccinations contre des maladies particulièrement sévères voire fatales pour les nourrissons, infections invasives à haemophilus, à pneumocoques et à méningocoque C, on mesure l'effet préventif très notable de l'activité vaccinale des médecins de PMI pour en préserver les jeunes enfants. Ainsi que ses conséquences financières en évitant l'hospitalisation de dizaines voire de centaines d'enfants²⁰.

Exemple 3 :

En visite à domicile chez une patiente qu'elle suit dans le cadre d'un accompagnement médico-psycho-social, la sage-femme de PMI est alertée par des signes que la patiente décrit au cours de la consultation, qui n'ont pas inquiété celle-ci mais témoignent d'une menace d'accouchement prématuré. Elle lui explique l'importance de se rendre aux urgences, où la patiente pourra bénéficier d'un traitement pour stopper les contractions et d'une corticothérapie, permettant d'améliorer l'état de santé de l'enfant à la naissance et de diminuer le risque de complications et de séquelles pour celui-ci. Au retour à domicile de la patiente, la sage-femme met en place avec la femme et les partenaires (cantine, garderie, TISF...) une organisation permettant à celle-ci de se reposer et de différer l'accouchement.

Les coûts de prise-en-charge de l'enfant en seront fortement réduits.

Exemple 4 :

Certains services de PMI et de planification familiale se sont emparés de la possibilité qui leur est ouverte de réaliser des IVG médicamenteuses dans le cadre de leurs consultations de protection maternelle ou de

¹⁹ Inspection générale des affaires sociales. Alain Lopez, Françoise Schaezel, Marguerite Moleux et Claire Scotton. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance*. Rapport RM2011-065P, mai 2011

²⁰ Selon D. Levy Bruhl, de Santé publique France, la vaccination contre l'Haemophilus Influenzae b a conduit à la réduction de 600 cas de méningite en 1992 à aucun cas en 2014. Cf. *L'épidémiologie des maladies à prévention vaccinale en 2017*. In : *Médecine*, mars 2017, 103-109

planification familiale. Environ un tiers des départements seraient actuellement concernés. Ce faisant les médecins et les sages-femmes de PMI contribuent à éviter des IVG plus tardives, souvent plus traumatisantes pour les femmes. Cela évite le recours à des structures de soins plus lourdes et à des actes plus coûteux pour l'assurance maladie.

Exemple 5 :

Lors d'une consultation médicale, certains signes d'alerte indiquant un risque de troubles du développement chez l'enfant peuvent faire l'objet d'une orientation vers le psychologue du centre de consultation PMI. Celui-ci prendra le temps nécessaire à l'évaluation clinique autour des signes cliniques chez l'enfant. Une orientation en lien avec le reste de l'équipe offrira à la famille la possibilité de se sentir partie prenante et respectée dans ce choix, condition favorable en ce qui concerne l'efficacité des prises en charge. Parfois, le fait de proposer quelques entretiens réussit à mobiliser les parents autour de leur enfant et il arrive alors de voir une évolution positive à l'expression de certains symptômes, évitant une prise en charge plus lourde (retard de langage, retrait relationnel, agitation, colères, opposition,...). Autre exemple, une mère est adressée par la puéricultrice autour d'une problématique de sevrage. Après deux mois de tentative pour la soutenir, le sein est toujours donné et le bébé refuse la diversification alimentaire. Souvent, dans l'entretien se fait jour une raison plus profonde de cette difficulté (deuil, violence conjugale,...). Le psychologue de PMI peut recevoir la famille rapidement et aide à la compréhension de la problématique sous-jacente ce qui souvent permet la levée du symptôme. En résumé les entretiens précoces avec le psychologue de PMI sont un atout en ce qui concerne le travail autour des orientations, grâce aux regards croisés et pluriels de l'équipe. Ils offrent aussi la possibilité d'accompagner les familles au décodage des symptômes de leur enfant et assez régulièrement à la réduction des symptômes, évitant une prise en charge plus conséquente.

Exemple 6 :

Les équipes de PMI sont bien formées au dépistage des troubles sensoriels et ont le temps de bien le faire en consultation ou en bilan de santé à l'école maternelle. Le dépistage d'un trouble visuel important, comme une amblyopie par exemple, a un tout autre pronostic s'il est fait précocement. Les déficits auditifs, dépistés tôt, ont également moins de répercussion sur le langage et les apprentissages. Les dépistages effectués en consultation, à tout âge, mais surtout entre 2 et 4 ans sont particulièrement intéressants pour l'enfant et en termes de dépenses publiques. En permettant une prise en charge précoce, l'intérêt est double : à la fois pour l'enfant, bien sûr, et également parce que cela évite des rééducations ou compensations ultérieures coûteuses.

Exemple 7 :

De part leur pluridisciplinarité et leur possibilité d'intervenir facilement au domicile, les équipes de PMI permettent qu'un accompagnement de proximité soit organisé autour des enfants présentant une pathologie chronique. Dans les cas de découverte d'un asthme, d'une épilepsie ou d'un diabète, par exemple, la puéricultrice peut aider les parents à la mise en route et à l'appropriation de traitements parfois complexes à appréhender pour eux. Cela permet d'éviter bon nombre de recours aux services des urgences ou d'hospitalisation.



Quelle gouvernance pour le dispositif de PMI et de planification familiale ?

Contexte

- La loi du 26 janvier 2016, art. L1411-1 du CSP prévoit une « animation nationale des actions de PMI », le CANA-PMI a été mis en place dans ce cadre avec deux copilotes, la DGS et l'ADF ;
- La stratégie nationale de santé (fin 2017) comporte l'objectif de « renforcer le réseau de la PMI » ;
- Une mission d'évaluation de la politique de PMI a été confiée à Mme Peyron, députée, le 26/07/2018 ;
- Un groupe de travail sur les missions des ARS a émis l'hypothèse d'internaliser au sein des ARS la responsabilité des missions de PMI avec, puisque « le groupe de travail exclut une internalisation des personnels », une mise en œuvre par des opérateurs – les départements, d'autres, ? – (article APM-News du 27/7/2018).

Evolution du dispositif de PMI-planification familiale : les principes fondamentaux à préserver et à développer

Le dispositif de PMI fonctionne sur les principes suivants qu'il convient de renforcer :

- promotion de la santé et prévention, double compétence (santé publique-promotion de la santé et actions de santé individualisées), approche globale médicale, psychologique, éducative et sociale à laquelle on peut ajouter les dimensions culturelles et environnementales ;
- universalité incluant les démarches d'universalisme proportionné, proximité-accessibilité, gratuité, intervention en population dans les divers milieux de vie, action sur les déterminants de santé, lutte contre les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé ;
- pluridisciplinarité, partenariat étroit dans le champ d'action de la PMI-planification familiale avec les acteurs de la sphère de la santé et des sphères éducatives et sociales ;
- existence de services publics de PMI dirigés par un médecin et comprenant des personnels médicaux, paramédicaux, psychologiques, éducatifs et sociaux (art L2112-1 du Code de la Santé Publique) et exerçant les missions figurant à l'art L2112-2 du CSP, territorialisés (à l'échelle des départements ou des territoires de santé) ;
- co-production de la politique de PMI-planification familiale entre l'Etat, les collectivités (départements), l'Assurance-maladie et les acteurs de santé du champ de compétence (pédiatrie, gynécologie, obstétrique, psychiatrie, santé publique).

Hypothèses pour la gouvernance future du dispositif de PMI

Mode de gouvernance	Conditions de succès	Avantages	Inconvénients
Maintien de la responsabilité des départements sur les services de PMI	<ul style="list-style-type: none"> - définition d'une orientation générale de PMI-planification familiale par le ministère de la santé dans le cadre de la stratégie nationale de santé - co-construction effective de la politique de PMI-planification familiale a minima entre les départements et l'Etat, en associant les organismes 	<ul style="list-style-type: none"> - maintien de la proximité avec les missions de protection de l'enfance et d'action sociale - insertion dans le tissu social, de soutien à la parentalité, de petite enfance et de jeunesse local - stabilité des liens avec les partenaires santé qui identifient le 	<ul style="list-style-type: none"> - pérennisation de l'hétérogénéité d'investissement des départements dans les missions légales de PMI-planification familiale, notamment en termes de moyens financiers alloués à cet effet - intégration disparate des missions et services de PMI-

	<p>de sécurité sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> - démographie des professions exerçant en PMI assurée - mécanisme de régulation (contractualisation ?) avec les ARS quant à la mise en œuvre effective des missions de PMI- planification familiale - convention sur des objectifs de santé publique et de prévention ? - financement fléché incluant une revalorisation de la convention CNAM/départements (PMI) 	<p>département comme interlocuteur en charge de la PMI</p>	<p>planification familiale dans le système de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - "aspiration" des missions de PMI de la prévention globale vers la protection de l'enfance - arbitrages financiers et organisationnels défavorables au développement des missions de PMI, de la part des départements
<p>Transfert de la responsabilité des missions de PMI aux ARS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - définition d'une orientation générale de PMI-planification familiale par le ministère de la santé dans le cadre de la stratégie nationale de santé - co-construction effective de la politique de PMI-planification familiale a minima entre les départements et l'Etat, en associant les organismes de sécurité sociale - démographie des professions exerçant en PMI assurée - conventionnement avec les départements (ou d'autres instances à l'échelle des départements ou des territoires de santé ?) au titre d'opérateurs de PMI - financement fléché incluant une convention PMI revalorisée entre CNAM/ARS/départements 	<ul style="list-style-type: none"> - intégration de la politique de PMI-planification à la politique de santé dans le cadre de la stratégie nationale de santé - résorption des disparités de mise en œuvre des missions de PMI-planification familiale sur le territoire - renforcement de l'articulation entre la politique de PMI-planification familiale (prévention) et celle des acteurs de santé impliqués sur le même champ (curatif) 	<ul style="list-style-type: none"> - pilotage des missions de PMI-planification familiale distancié des réalités de terrain - perte de proximité avec les politiques de protection de l'enfance et d'action sociale locales - déviation des priorités d'intervention de la PMI du préventif vers le curatif (les services de PMI servant de variables d'ajustement par rapport à des insuffisances dans le système de soins) - application de contraintes budgétaires strictes dans le cadre des politiques nationales de réduction de l'action publique et de la « maîtrise » des dépenses de santé - risque de ne pas disposer d'opérateurs, notamment s'agissant des départements, sur l'ensemble du territoire pour assurer les missions PMI

Quelle orientation pour la gouvernance du dispositif de PMI-planification familiale (PF) au terme de ces comparaisons ?

Nous partons du contexte :

- 1- Constat de dysfonctionnement : l'application des missions de PMI-PF est très disparate selon les départements.
- 2- Malgré la loi santé de janvier 2016, l'inscription de la PMI-PF dans la politique nationale de santé n'a pas suffi pour que les départements y remédient et mettent tous en œuvre ces missions.
- 3- Ce constat a été partagé avec Mme Buzyn lors de l'entrevue du 22 mai, nous y avons demandé un état des lieux, un diagnostic de cette mise en œuvre et des propositions partagées pour relancer le dispositif de PMI-PF : c'est le cas avec la mission confiée à Madame Michèle Peyron.

Nous posons les **termes de l'équation** de la façon suivante.

Comment :

- à la fois **redonner du poids à la dimension régalienn**e de la politique de PMI-PF, donc à l'Etat par le biais du ministère de la santé pour son impulsion, sa régulation, son financement ?
- à la fois **ne pas déstabiliser ce qui existe et qui fonctionne - les politiques menées par les départements qui se sont approprié les missions de PMI-PF - et contribuer à améliorer la donne** là où ça ne fonctionne pas bien ?

→ Il s'agit donc de trouver les termes d'une **articulation** entre :

- **Impulsion-régulation de la politique de PMI-PF par l'Etat** (ministère, ARS)

et

- **Coproduction de cette politique à partir des territoires, en s'appuyant en conséquence aussi sur les prérogatives départementales,**

→ En veillant à ce :

- que les **départements** ne soient **pas placés en simple position d'exécutants** d'une politique ministérielle (avec le risque lié à l'hypothèse du groupe de travail sur les ARS : que les départements privés de leur responsabilité se retirent de la mise en œuvre opérationnelle envisagée),
- mais que **l'Etat assume une position de garant** de l'existence de cette politique régalienn

En conséquence :

Nous ne sommes pas favorables à une recentralisation autoritaire et directive de la PMI mais nous soutenons le **maintien des missions de PMI-PF** confiées **aux départements** **à condition que soit mis en place un mécanisme de co-responsabilité avec les ARS,** reposant sur une convention ? un contrat ? autre hypothèse ?,

appuyé sur la co-production de la politique de PMI-PF au plan national dans le cadre d'un CANA-PMI doté d'une assise réglementaire et assuré par un financement fléché (Etat, assurance-maladie) des activités de PMI-PF et par le soutien à la démographie des professions de santé contribuant à la PMI

(cf. nos documents sur la situation du dispositif de PMI et nos propositions, et sur notre demande d'un fonds national de financement fléché vers les services de PMI).



Propositions relatives au calendrier et à la réalisation des examens obligatoires de l'enfant (dans le cadre du PLFSS 2019)

Concernant le calendrier des examens obligatoires de l'enfant

Le PLFSS prévoit que les examens obligatoires de l'enfant concernent désormais les 0-18 ans et non plus les 0-6 ans.

Les projets de dispositions réglementaires s'aligneraient sur les propositions du Haut Comité de Santé Publique de juillet 2016, à savoir :

1 - Âges-clés des examens de santé de 0 à 18 ans

Le HCSP propose une nouvelle grille des âges-clés de consultation pour les nourrissons et les enfants. Ces propositions s'appuient sur les auditions de la Société française de pédiatrie (SFP), du Collège de médecine générale (CMG) et de l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) et des professionnels des services de Protection maternelle et infantile (PMI). Elles tiennent compte de la nécessité pour certains examens d'être réalisés dans le cadre scolaire et des difficultés de leur mise en œuvre dans le cadre de l'Éducation nationale.

Le terme jusque-là utilisé d'« examen obligatoire » devrait être remplacé par « examen systématiquement proposé » (donc financièrement pris en charge) dans la mesure où aucune disposition réglementaire ne rend contraignante cette obligation. Il s'agit d'examens périodiquement réalisés qu'il faut distinguer des examens à la demande qui correspondent au parcours de santé individualisé.

- Avant la sortie de la maternité : une consultation donnant lieu à l'établissement du premier certificat de santé.
- Au cours de la deuxième semaine : une consultation médicale systématiquement proposée.

Ces propositions tiennent compte du raccourcissement du séjour en maternité qui ne permet pas de délivrer les messages de prévention ni d'anticiper les questions que vont se poser les mères. Un nouvel examen médical est nécessaire pour le dépistage clinique d'anomalies qui peuvent ne pas être décelées en période néo-natale précoce. Par contre, le contenu du premier certificat de santé nécessite que les informations soient recueillies à la maternité et transmises par elle. Il doit donc être rempli à la maternité. Si ce n'est pas le cas, il pourra l'être lors de la visite faite au cours de la deuxième semaine.

- Principe d'une consultation mensuelle jusqu'à 6 mois :
 - à M1, M2, M4, et M6 : consultation qui devra être faite par un médecin ;
 - à M3 et M5 : consultation qui pourrait être faite par une IDE puéricultrice ;
 - à M9, M11, M12, M18 et M24 : consultation qui devra être faite par un médecin.

Les certificats de santé du 9^e et du 24^e mois sont maintenus aux mêmes âges. Ces propositions tiennent par ailleurs compte du nouveau calendrier vaccinal en vigueur comportant un rendez-vous vaccinal à M11 et entre M16 et M18.

- Au delà de 2 ans, il est bon de consulter chaque année le médecin de l'enfant. Certains âges bénéficient d'examens systématiquement pris en charge.
- A 3 ans (ou au cours de la 4^e année) : consultation qui pourra être faite par un médecin scolaire ou un médecin de PMI, ou par le médecin de l'enfant.
- A 6 ans (ou au cours de la 6^e année) : consultation faite par un médecin de PMI ou par le médecin scolaire ou par le médecin de l'enfant et utilisant les items de la visite de 6 ans du carnet de santé.
- A 8 ans (ou au cours de la 8^e année).
- A 11-13 ans.
- Entre 14 et 18 ans.

Or ce schéma ne prévoit plus qu'un examen obligatoire entre l'âge de 1 et 2 ans (à 18 mois) et aucun examen entre deux et trois ans : pourtant ces tranches d'âge sont tout à fait sensibles sur le plan du développement de l'enfant et nécessitent un accompagnement préventif ainsi que des dépistages systématiques, notamment relatifs à la surveillance de la croissance (dépistage de l'obésité), du développement du langage, des capacités relationnelles et de communication dès le plus jeune âge, aux troubles sévères du développement, aux handicaps, au développement psychomoteur et affectif ou sur le plan sensoriel.

Il est essentiel de préserver deux examens obligatoires entre un et deux ans (vers 15-16 mois et 18-20 mois) et un examen obligatoire à 30 mois. On trouvera en annexe le calendrier des dépistages de 1 mois à 6 ans recommandé par l'HAS où figurent ces âges clés pour certains examens de dépistage, ce qui vient à l'appui de notre préconisation.

Ceci suppose de passer à 22 examens obligatoires dont 19 avant 6 ans, ou, à défaut de donner un statut différent, dans la première année, aux examens à 3 et 6 mois.

Concernant les modalités de réalisation des examens obligatoires de l'enfant par la PMI

La richesse du dispositif de PMI repose en grande partie sur son approche globale de la santé maternelle, familiale et infantile, à la fois médicale, psychologique, sociale et éducative. Sur cette base la constitution d'équipes largement pluridisciplinaires est un acquis essentiel des services de PMI, pour apporter les réponses les plus ajustées aux demandes et besoins des usagers. Cette pluridisciplinarité, qui s'exprime au quotidien par un travail collaboratif et collégial, et non par une simple juxtaposition d'interventions plus ou moins articulées, est un atout précieux à préserver. C'est dans ce cadre que devraient être abordées les modalités à venir pour assurer un continuum dans le parcours de suivi de l'enfant en termes d'examens obligatoires, impliquant la coordination entre médecins et puéricultrices.

La question est souvent posée, dans le cadre des réflexions générales sur l'évolution du système de soins, sous l'angle de la "délégation de compétences" d'une profession vers une autre. Cette réflexion n'est pas guidée par la seule recherche de réponses les plus appropriées aux besoins de soins des usagers mais de façon notable par la pression de la "pénurie démographique" conjoncturelle qui touche de telle ou telle profession, en l'occurrence les médecins. Une telle approche est en tout état de cause inadéquate dans le cadre des services de PMI, car elle occulte le fruit de l'expérience acquise en termes de "complémentarité interactive dans l'action" des professionnels de PMI (médecins, puéricultrices, psychologues, éducatrices, auxiliaires...) auprès des enfants (mais aussi des femmes, des jeunes et des familles). Nous abordons donc cette question des complémentarités et des coopérations, en écartant des solutions de substitution d'exercice de telle ou telle compétence d'un métier vis-à-vis d'un autre qui reposerait sur l'idée erronée d'une interchangeabilité des compétences, mais en mettant en valeur le principe de complémentarité interactive d'exercice des métiers.

Dans ces conditions, il convient d'envisager les évolutions à venir sous l'angle de réarticulations concertées des temps d'intervention des médecins et puéricultrices : quels moments clés dans le suivi préventif médical et du développement de l'enfant, pour les interventions respectives et articulées du médecin et de la puéricultrice ? Autrement dit, dans le prochain calendrier des examens obligatoires de l'enfant, sur la base de nos suggestions ci-dessus concernant la tranche d'âge 15 jours-6ans, nous proposons que l'articulation des consultations médicales et de puériculture s'organise comme suit.

Nous rappelons, alors même qu'il n'est pas (encore) question de pratiques avancées dans le domaine de la pédiatrie, que le médecin demeure le seul coordinateur du suivi obligatoire de l'enfant, le seul à pouvoir décider de la stratégie diagnostique d'ensemble et des choix thérapeutiques (cf. réflexion sur les pratiques avancées, Ordre des médecins, juin 2018). Dans ce cadre et en dialogue avec la puéricultrice, le calendrier habituel des consultations respectives des deux professions (cf. tableau ci-dessous) a vocation à être réaménagé en fonction de la pathologie ou des difficultés de développement de chaque enfant ou des spécificités de sa famille. Tout au long du parcours de suivi de l'enfant l'échange médecin-puéricultrice permet d'ajuster les temps d'alternance des consultations aux besoins de prévention, de dépistage et de soins de l'enfant.

Il convient de noter que si la réalisation de certains des examens obligatoires de l'enfant par une puéricultrice était retenue, cette nouvelle procédure appellerait nécessairement leur prise en charge par l'assurance maladie et l'aménagement de leur responsabilité professionnelle (rappels de vaccinations de leur propre initiative). Cette possibilité pose par ailleurs la question de la coordination en médecine de ville : si la coordination entre médecins et puéricultrices de PMI est bien rôdée et quotidienne, elle reste à inventer entre pratique médicale de ville et puéricultrice de ville ou de PMI.

Proposition de calendrier habituel des consultations obligatoires de l'enfant entre 15 jours et 6 ans, avec les contributions respectives des médecins et puéricultrices

Dans cette hypothèse, et sous réserve de réaménagements concertés en fonction de la situation de l'enfant dont il conviendrait de chiffrer l'importance quantitative (20%, davantage ?), le médecin intervient à 12 reprises et la puéricultrice à 6 reprises

Examen à 15 jours	médecin
Examen à 1 mois	médecin
Examen à 2 mois	médecin
Examen à 3 mois	puéricultrice ou médecin
Examen à 4 mois	médecin
Examen à 5 mois	médecin
Examen à 6 mois	puéricultrice ou médecin
Examen à 9 mois	médecin
Examen à 11 mois	puéricultrice* ou médecin
Examen à 12 mois	médecin
Examen à 15-16 mois	puéricultrice** ou médecin
Examen à 18-20 mois	médecin
Examen à 24 mois	médecin
Examen à 30 mois	puéricultrice ou médecin
Examen à 36 mois	médecin
Examen à 48 mois (\pm 6 mois) ²¹	médecin à l'école***
Examen à 60 mois	puéricultrice ou médecin
Examen à 72 mois (\pm 6 mois) ¹	médecin (scolaire notamment) à l'école***

* la possibilité qu'une puéricultrice réalise la consultation à 11 mois suppose que la réglementation lui permette de procéder au rappel de vaccination hexavalente de sa propre initiative.

** la possibilité qu'une puéricultrice réalise la consultation à 15-16 mois suppose que la réglementation lui permette de procéder au rappel de vaccination ROR de sa propre initiative.

*** il s'agit des examens qui donnent lieu à un bilan de santé en école maternelle vers 4 ans puis à un bilan de santé pré-élémentaire vers 6 ans, dont il reste hautement souhaitable qu'ils soient réalisés sous la forme d'un bilan complet par le médecin (cf. note 1 et étude de Corinne Bois dans le cadre de la cohorte Elfe)

²¹ Les médecins de PMI, comme les médecins scolaires ont l'atout immense d'intervenir dans les lieux de vie de l'enfant comme l'école maternelle ou l'école primaire, ou pour les enfants plus jeunes d'être présents ou avec lien facilité dans les lieux d'accueil (crèches, assistantes maternelles...). Ce fait leur permet d'être à l'écoute des observations des autres professionnels (puéricultrices, éducateurs de jeunes enfants, assistantes maternelles, professeurs des écoles, et pour les enfants avec des besoins particuliers, psychologues des RASED, auxiliaires de vie scolaire...) et ainsi d'affiner leur diagnostic grâce des observations dans la durée (qui ne se limitent ainsi pas au temps d'une consultation). Ils peuvent alors proposer aux familles une véritable coordination dans la prise en charge de l'enfant, à la différence des médecins traitants qui restent extérieurs à ces lieux de vie extra familiaux, et qui n'en ont que des éléments indirects par la transmission parentale. C'est pourquoi nous préconisons que les examens de 4 et 6 ans restent situés dans l'enceinte scolaire et soient effectués par les médecins de PMI et scolaires spécifiquement formés aux enjeux de Santé Publique, avec la possibilité de remontées fiables et universelles de données épidémiologiques pour ces âges clefs.

Annexe



Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires

Répartition des tests de dépistage selon l'âge de l'enfant.

	1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6 mois	9 mois	12 mois	15 mois	18 mois	2 ans	2 ans 1/2	3 ans	3 ans 1/2	4 ans	4 ans 1/2	5 ans	5 ans 1/2	6 ans	
Surveillance de la croissance																				
Dépistage de l'obésité																				
Mesures du poids et de la taille et réalisation des courbes		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Calcul de l'IMC et courbe de corpulence								●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Recherche du rebond d'adiposité précoce									●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Dépistages sensoriels																				
Vision	●	→	→	→	→	→	→	→	→	→	●	→	→	→	→	→	→	→	→	●
Audition				●			●				●				●	→	→	→	→	→
Surveillance du développement																				
Périmètre crânien	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Autisme										●	→									
Troubles du langage oral et écrit																				
													●	→	→	→	→	→	→	●
Repérage du saturnisme																				
								←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←

● Réalisation d'un test spécifique
 ● → Test à réaliser à partir de l'âge correspondant au cercle
 ← ● ← Intervalle pour réaliser le test

Réflexion sur l'évolution des normes réglementaires en PMI : l'exemple de la norme de consultation infantile

	Norme PMI 0-6 ans		Besoin en ambulatoire (après le 8 ^{ème} jour) 0-6 ans
Définitions	1 séance de consultation par semaine pour 200 naissances, à répartir ensuite pour les besoins durant les 6 ans de l'enfant ;		16 examens obligatoires dans les 6 premières années (8 ^{ème} jour en maternité non comptabilisé) ;
Pour une classe d'âge durant une année			<p>= une moyenne de $16/6 = 2,666$ examens par enfant et par an quel que soit l'âge dans les 6 premières années ;</p> <p>= 2666 consultations chaque année pour 1000 enfants de 0-6 ans (on mélange les 0-1 an, les 1-2 ans, les 2-3 ans...les 5-6 ans) ;</p>
Pour 6 classes d'âge durant une année	<p>8* enfants par séance x 52 séances par an = 416 consultations pour 200 naissances annuelles = 416 x 5 consultations pour 1000 naissances annuelles ; = 2080 consultations pour 1000 naissances annuelles, mais qui sont à répartir pour les 6 années.</p> <p>* ces chiffres sont à adapter dans les territoires très ruraux dans lesquels les consultations sont très distantes</p>	<p>10* enfants par séance x 52 séances par an = 520 consultations pour 200 naissances annuelles = 520 x 5 consultations pour 1000 naissances annuelles ; = 2600 consultations pour 1000 naissances annuelles, mais qui sont à répartir pour les 6 années.</p>	<p>= 2666 x 6 ou directement : = 16 000 consultations pour 1000 enfants ;</p>

**13% à
16% du
besoin
couvert**

Si on cherche à ajuster la norme de consultations infantiles à un besoin estimé, par exemple couvrir 30% des enfants 0-6 ans dans un département par les consultations de PI, il faut pouvoir offrir :

13% → 1 CS pour 200 naissances : 1CS/200

30% → 1 CS pour x naissances : 1/x

⇒ $30/13 = 1/x / 1/200 \rightarrow x = 13/30 \times 200 \rightarrow x = 86$

Il faudrait donc **une consultation hebdomadaire pour 86 naissances** dans cette sous-population **pour obtenir une couverture de 30%**, ou il faut 2,3 consultations pour chaque tranche de 200 naissances soit 11,5 consultation pour 1000 naissances.

Mais comment estimer le besoin de couverture en consultations de PI ?

On peut proposer d'**ajuster la norme de consultations infantiles de PMI au taux de couverture qu'on souhaite atteindre** parmi la population infantile des moins de 6 ans par ces consultations, en fonction d'un **indicateur synthétique de santé et socio-démographique** au niveau départemental.

Cet indicateur pourrait être **l'indice de développement humain combiné à un indicateur composite ajusté aux problématiques de santé familiale et infantile**, prenant en compte par exemple les taux de : mortalité périnatale et infantile, prématurité-hypotrophie, allaitement maternel, accident à la naissance (cf. CS8), TSA et troubles du développement, dépression maternelle, couverture vaccinale, obésité, caries, offre de soins ambulatoire en secteur 1 (pédiatres et généralistes), etc.

Illustration, on définirait pour chaque département un taux souhaité de couverture en consultations infantiles PMI de :

- **50% si l'indicateur de santé et socio-démographique du département est défavorable ⇒ soit une norme de 1 consultation hebdomadaire pour 52 naissances**
- **30% s'il se situe dans la moyenne ⇒ soit une norme de 1 consultation hebdomadaire pour 86 naissances**
- **20 % s'il est favorable ⇒ soit une norme de 1 consultation hebdomadaire pour 130 naissances**

Ces taux de couverture seraient à atteindre au terme d'une période transitoire et bénéficieraient d'un financement dédié de la part de l'État via les ARS .

→ Le taux de couverture en consultation de 20%, soit une norme de 1 consultation hebdomadaire pour 130 naissances, constituerait un minimum réglementaire, sachant qu'il correspond au taux d'enfants vivant en situation de pauvreté et qu'à ce titre il ne fait qu'ouvrir le seuil à la logique d'universalisme proportionné.

Réflexion sur l'évolution des normes réglementaires en PMI : l'exemple de la norme de consultation de suivi de grossesse

Sages-femmes :	Normes PMI suivi de grossesse	Besoin en suivi de grossesse
Définitions	1 sage-femme pour 1500 naissances annuelles	<ul style="list-style-type: none"> 7 visites de suivi de grossesse, dont 5 visites réalisables en ambulatoire hors maternité auxquelles il convient d'ajouter pour une fraction de la population des femmes enceintes 5 visites à domicile à caractère médico-social
Pour une classe d'âge durant une année	<p><u>Temps clinique de la sage-femme PMI=</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 60% du temps de travail (40% pour les actions collectives, temps de coordination et administratif, formation) - donc 6 demi journées hebdomadaires pour 1500 naissances - = 4 demi journées hebdomadaires pour 1000 naissances, soit un exemple de répartition * de 2 demi journées hebdomadaires en consultation soit 88 demi-journées /an ○ 88/833 = 10,5% du besoin de suivi de grossesse classique couvert * et 2 demi-journées / semaine en visites à domicile soit 88 demi-journées/ an ○ 88/ 1666= 5,3 % des femmes enceintes couvertes par un suivi de 5 visites à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Consultations :</u> <ul style="list-style-type: none"> - 6 RV de suivis de grossesse par consultation (incluant pour 1/5^{ème} des consultations l'entretien du 4^{ème} mois). - Pour 800 000 naissances par an: 5 consultations x 800 000 /6 - = 666 666 demi-journées de consultations de suivi de grossesse / an - = 833 demi-journées de consultation / an / 1000 naissances • <u>Visites à domicile :</u> <ul style="list-style-type: none"> - 3 visites à domicile de suivi de grossesse par demi-journée - <u>Pour 800 000 naissances par an</u>: 5 visites x 800 000 / 3 - = 1 333 333 demi-journées de visites à domicile de suivi de grossesse par an - = 1666 demi-journées de visite à domicile de suivi de grossesse par an / 1000 naissances <u>si toutes les femmes étaient concernées</u> - Nombre de visites par demi journées à adapter localement (milieux ruraux +++)

En considérant que les consultations de grossesse en PMI sont réalisées dans leur grande majorité par les sages-femmes de PMI, si on cherche à ajuster la norme de consultations de grossesse à un besoin estimé, par exemple couvrir 20% des femmes enceintes dans un département par les consultations de PM, il faut pouvoir offrir :

10,5% → 1 sage-femme pour 1500 naissances

20% → 1 CS sage-femme pour x naissances : 1/x

⇒ $20/10,5 = 1/x / 1/1500 \rightarrow x = 10,5/20 \times 1500 \rightarrow x = 787,5$

Il faudrait donc **une sage-femme pour 787,5 naissances** dans cette sous-population **pour obtenir une couverture minimale de 20%** de taux de couverture par des consultations de suivi de grossesse

Mais comment estimer le besoin de couverture en consultations de PM ?

On peut proposer d'**ajuster la norme de consultations de grossesse en PMI au taux de couverture qu'on souhaite atteindre** parmi la population des femmes enceintes par ces consultations, en fonction d'un **indicateur synthétique de santé et socio-démographique** au niveau départemental (selon la même logique que celle proposée concernant la consultation infantile, en modulant notamment à la hausse dans les zones où une grande partie du suivi de ces patientes n'est pas assuré en hôpital, ex: IDF et zones rurales reculées).

→ Le taux de couverture de 20% en consultation PM de suivi de grossesse, correspondant à une norme de 1 sage-femme pour environ 800 naissances, constituerait un minimum réglementaire, sachant qu'il correspond à peine au taux de femmes vivant en situation de pauvreté²² et qu'à ce titre il ne fait qu'ouvrir le seuil à la logique d'universalisme proportionné.

Et comment estimer le besoin de couverture complémentaire en accompagnement à domicile ?

Il serait souhaitable que les SF de PMI puissent rencontrer au moins 1 fois à domicile pour un entretien les 20% (ou plus) de femmes vivant en-dessous du seuil de pauvreté, toutes les mineures, les femmes subissant des violences, ou présentant des troubles d'ordre psychologique ou psychiatrique ou une addiction, les femmes en situation de handicap, et les situations de protection de l'enfance déjà connues. Le nombre de femmes concernées peut se calculer en fonction des données propres à chaque département. **On peut l'évaluer à environ 40% de la population des femmes enceintes.**

²² Selon l'enquête nationale périnatale de 2016, 28 % des ménages ont reçu des aides publiques ou d'autres aides liées au chômage ou à un faible revenu pendant la grossesse (par exemple allocation d'aide au retour à l'emploi, RSA, ou prime d'activité)

Réflexion sur l'évolution des normes réglementaires en PMI : l'exemple de la norme de bilan de santé en école maternelle

BSEM	Organisation	Besoin et proposition de norme
Définitions		<p>Un bilan de santé médical à l'école proposé à tous les enfants entre 3 et 4 ans :</p> <p><u>2 options :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 100% d'une classe d'âge examinés par la PMI autour de 4 ans. - 70% d'une classe d'âge à examiner par la PMI autour de 4 ans, sous réserve de la réalisation de certains dépistage incontournables suivant d'autres modalités (dépistage visuel notamment → contrôle et rattrapage éventuel).
<p>Pour une classe d'âge durant une année</p> <p>(stabilité du nombre de naissances)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 4 enfants par séance, 33 semaines scolaires utilisables par an = 132 enfants vus avec une consultation / semaine sur le temps scolaire • Pour 1000 enfants, il faut $1000/132 = 7,6$ consultations / semaine scolaire • A adapter localement +++ : Ecoles en milieu rural à faible effectifs éloignés des offres de recours aux soins, ZEP, etc. 	<p>Hypothèse 100% d'une classe d'âge examinée par la PMI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 800 000 enfants examinés, - <u>7,6</u> consultations hebdomadaires pour 1000 naissances / an - Mais : <ul style="list-style-type: none"> • Enfants à besoins particuliers à revoir • Adapter localement <p>→ <u>8 consultations hebdomadaires en période scolaire pour 1000 naissances / an</u></p> <p>Hypothèse 70% d'une classe d'âge examinée par la PMI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 560 000 enfants examinés - $0,70 \times 7,6 = 5,3$ séances de consultations hebdomadaires pour 1000 naissances par an. - Mais <ul style="list-style-type: none"> • Enfants à besoins particuliers à revoir • Adapter localement • Contrôle des examens minimaux chez les non vus. <p>→ <u>6 consultations hebdomadaires en période scolaire pour 1000 naissances / an</u></p>



Financement de la PMI : arguments pour un socle de financement pérenne appuyé sur les normes réglementaires révisées

Nous proposons d'assurer le financement de la PMI sur une double base, celle d'un bloc "socle" et celle d'un bloc "activités".

1. Bloc de financement socle de la PMI

L'existence de normes réglementaires d'activité de la PMI, dont le contenu est à réactualiser²³ est structurante pour promouvoir l'offre de service préventif de la PMI.

Notre proposition vise à **assurer un financement socle de l'offre de service de PMI**, par l'Etat qui a délégué cette mission régalienne de prévention en santé familiale, infantile et sexuelle, aux départements.

Nous proposons de **lier la hauteur de ce financement à une couverture minimale d'offre de service attendue en fonction d'indicateurs socio-démographiques et de santé** (cf. notre travail sur l'évolution de la norme réglementaire de consultation infantile).

Une telle formule liant degré d'activité en réponse aux besoins et hauteur de financement sera **incitative pour que les départements rattrapent et dépassent l'offre de service** attendue. Elle **permettra de soutenir l'engagement des départements** à poursuivre un **objectif pérenne de niveau de soins préventifs** en santé familiale, infantile et sexuelle **à moyen et long terme** (dans le cadre d'une politique de PMI co-construite avec les ARS au titre de la nouvelle gouvernance du dispositif, cf. notre document sur la gouvernance).

En pratique, à titre d'exemple

En pratique, en partant de l'exemple de la couverture de consultations PI attendue en fonction d'un indicateur socio-démographique et de santé, on pourrait définir un taux souhaité de couverture en consultations infantiles PMI de 50% si l'indicateur de santé et socio-démographique du département est défavorable, de 30% s'il se situe dans la moyenne, de 20 % s'il est favorable. Une période transitoire serait définie pour permettre aux départements d'atteindre ces couvertures d'offre de service. Le taux de couverture de 20% constituerait un minimum réglementaire (cf. document sur l'évolution des normes réglementaires).

Les départements se verraient dotés d'un financement dédié par le ministère de la santé (via les ARS) 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 suivi qui serait affecté d'un coefficient plus ou moins élevé 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 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, psychomotriciens, orthophonistes...

²³ cf. notre document de propositions sur l'évolution des normes de consultation infantile, de consultation de suivi de grossesse, de bilan de santé en école maternelle

2. Bloc de financement lié aux activités de la PMI

Cette base de financement pérenne sera notamment complétée par les remboursements d'actes par l'Assurance maladie, au titre des actes médicaux (réalisés par les médecins et sages-femmes) incluant toutes les prestations en matière de protection infantile, de protection maternelle et de planification familiale, **qu'il conviendrait d'élargir** en prévoyant la **prise en charge par l'assurance maladie des actes des puéricultrices**, et en ouvrant le **chantier relatif au remboursement des actes des psychologues, des psychomotriciens...**

D'autre part, devraient être **pris en compte les actes pratiqués en équipes par les services de PMI** en amendant dans ce sens le I. 3°) de l'article 55 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018.

Ce financement complémentaire par l'Assurance maladie trouve sa légitimité dans la contribution des professionnels de PMI à minimiser, grâce aux effets de leurs interventions préventives, d'autres dépenses bien supérieures au titre des actes curatifs (cf. notre document sur l'efficacité des actions de PMI).

A cela il convient d'**envisager également des modalités de financement des actions collectives** et de la participation de la PMI aux **actions partenariales**, de la part des ARS²⁴ et de l'assurance maladie²⁵, financement qui trouve sa légitimité du fait de la contribution de ces actions à la qualité et à la continuité des soins.

Nous avons proposé dans ce sens des amendements au prochain PLFSS, cf. ci-après.

²⁴ financement dont la PMI devrait bénéficier en référence à sa participation formalisée à la coordination et à la continuité des soins, au sens des articles L. 1435-3, L. 1435-4 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

²⁵ financement possibles au 2°) de l'article 2112-7 du code de la santé publique qu'il s'agirait de systématiser



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 Étudiantes), **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)

Propositions d'amendements au PLFSS 2019 *(propositions de rédaction en italiques soulignés)*

- Modifier le deuxième alinéa de l'article L. 2112-7 du Code de la santé publique comme suit :
"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"

- Modifier l'art. L. 162-1-7-4. du code de la sécurité sociale comme suit :

« Art. L. 162-1-7-4.-Les actes ou prestations réalisés en équipe par plusieurs professionnels de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, peuvent faire l'objet d'une inscription spécifique sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 lorsqu'ils sont réalisés dans une ou plusieurs des situations suivantes :

« 1° Dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un professionnel de santé libéral ;

« 2° Dans un centre de santé ;

« 3° Dans le cadre d'un exercice salarié dans un établissement de santé ;

« 4° Dans le cadre d'un exercice pluridisciplinaire réalisé par des professionnels exerçant des missions de protection maternelle et infantile mentionnées à l'article L. 2112-2 du code de la santé publique.

(...) ».

- 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, en amendement notamment dans ce sens les articles L. 1435-3 et 4 et L. 6323-5 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 :

« Article L. 1435-3

L'agence régionale de santé conclut les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 6114-1. Elle peut, avec la participation des collectivités territoriales, conclure les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles ainsi que, dans des conditions définies par décret, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé, les départements au titre des missions mentionnées à l'article L. 2112-2 du présent code, les pôles de santé et les maisons de santé. Le versement d'aides financières ou de subventions à ces services de santé par les agences régionales de santé est subordonné à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. (...) ».

« Article L. 1435-4

L'agence régionale de santé peut proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, aux pôles de santé, aux établissements de santé, aux départements au titre des missions mentionnées à l'article L. 2112-2 du présent code, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, aux maisons de santé, aux services médico-sociaux, ainsi qu'aux réseaux de santé de son ressort, d'adhérer à des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins. (...) ».

« Article L. 6323-5

Les réseaux de santé, centres de santé, départements au titre des missions mentionnées à l'article L. 2112-2 du présent code, maisons de santé et pôles de santé signataires du contrat mentionné à l'article L. 1435-3 peuvent percevoir une dotation de financement du fonds d'intervention régional prévu à l'article L. 1435-8. Cette dotation contribue à financer l'exercice coordonné des soins ».



Maintenir ou rétablir des services de PMI et de planification familiale structurés au sein des organisations départementales

Dans un certain nombre de départements les processus de réorganisation de l'action sociale de proximité du département ont eu pour conséquence la rupture d'unicité du service de PMI, tant entre le siège central de la PMI et les professionnels de PMI de terrain qu'au sein-même des équipes locales de PMI avec de lourdes répercussions sur l'exercice des missions de la protection maternelle et infantile.

Or, l'article L.2112-1 du code de la santé publique est ainsi libellé :

"Les compétences dévolues au département par l'article L. 1423-1 et par l'article L. 2111-2 sont exercées, sous l'autorité et la responsabilité du président du conseil départemental, par le service départemental de protection maternelle et infantile qui est un service non personnalisé du département. Ce service est dirigé par un médecin et comprend des personnels qualifiés notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique. Les exigences de qualification professionnelle de ces personnels sont fixées par voie réglementaire".

Il résulte de ce texte, tel qu'il a été interprété par les juges administratifs, que le service de PMI doit être dans son ensemble, en tant que service non personnalisé du département, placé sous la direction d'un médecin. Plusieurs départements ont par le passé réorganisé leurs services sociaux et institué un certain nombre d'organisations qui faisaient disparaître le service de PMI. Ces configurations ont pu être très variées : elles se caractérisaient essentiellement par une dilution, à des degrés divers, de la PMI dans d'autres actions sur un territoire, que ce soit le département en entier ou des territoires plus petits, la problématique étant à cet égard identique quel que soit le niveau. Cette dilution pouvait être consacrée par des compétences multiples, ou par des systèmes hiérarchiques diversifiés. Le personnel de PMI n'était plus compris dans une organisation dépendant spécifiquement du médecin de PMI au niveau considéré ou au niveau supérieur. Par une jurisprudence constante, des décisions diverses, nombreuses et assez peu différentes les unes des autres ont rappelé la responsabilité du médecin sur l'organisation de la PMI et à la nécessaire unité du service sous la direction du médecin²⁶.

La loi, selon le ministère chargé de la santé a en effet entendu apporter de réelles garanties à la santé publique. Elle permet de respecter la confidentialité des documents médicaux reçus par le médecin chef de service, documents qui sont des outils de travail. Elle permet également les liaisons avec la médecine libérale et hospitalière²⁷. Elle est le garant d'une spécificité professionnelle et permet donc d'élaborer une politique de santé départementale.

Sur quels aspects portent ces garanties en termes de santé publique et de prévention ?

- La définition d'une politique de santé départementale cohérente, dans le respect des missions légales imparties à la PMI, la conception et le suivi de la mise en œuvre de programmes de prévention et de santé publique.
- L'animation d'un partenariat avec les acteurs de la santé au plan départemental (médecine ambulatoire, services hospitaliers, santé scolaire, intersecteurs de psychiatrie enfant et adultes, directions territoriales des ARS, CPAM...), l'organisation de la complémentarité et de la coordination avec l'action sociale.

²⁶ TA Saint Denis de la Réunion 4 nov 1998, CAA Bordeaux 9 juillet 2001, Département de la Haute Garonne, TA Orléans 26 mars 2002 Mme ECHARD BEZAULT et a, TA Montpellier 2 décembre 2003, Mme ANIORT et a, CAA Nantes 4 décembre 2003 Département du Finistère, CE 27 juillet 2005, Département de la Dordogne, TA Versailles 8 juin 2006, Mme CARA DENOUX et a, TA Lille 12 juillet 2007, Département du Nord.

²⁷ Assemblée Nationale, 10ème législature, réponse à la Question N° : 17206

- La garantie du maintien des compétences techniques spécifiques dans le domaine de la santé familiale et infantile et de la planification familiale et la garantie de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité des professionnels concourant à la PMI, l'élaboration d'un plan de formation spécifique (dans le cadre actualisé de la mise en œuvre du développement professionnel continu concernant médecins, sages-femmes, puéricultrices).
- La garantie du respect du secret médical dans le cadre de toutes les activités du service : organisation de la confidentialité des consultations, des entretiens, des visites à domicile, auprès de l'ensemble des usagers de la PMI et de la planification familiale, confidentialité des déclarations de grossesse, certificats de santé, avis de naissance, actes de décès, confidentialité dans les liaisons avec la médecine ambulatoire et hospitalière.
- Les attributions dévolues en propre au médecin responsable : dimension sanitaire de l'enfance en danger, contrôle et expertise relatifs aux modes d'accueil et agrément des centres de planification familiale, réception centralisée et utilisation dans le cadre des activités du service des informations à caractère secret conformément à la déontologie médicale, cf. supra.

Le rapport de l'IGAS sur les services de PMI réalisé en novembre 2006²⁸ indiquait que : *"Le statut de l'activité de PMI tel qu'il figure dans le Code de santé publique est particulier. C'est la seule compétence sanitaire globale qui fasse dans notre pays encore l'objet d'une décentralisation: d'emblée la loi du 18 décembre 1989 énonce qu'il s'agit d'une mission partagée avec l'Etat et les organismes d'assurance maladie. Ce double statut de mission partagée et décentralisée explique que la loi précise non seulement les activités que le service départemental de PMI doit mener mais la façon dont il doit s'organiser sous la responsabilité d'un médecin avec des normes minimales d'activité et de moyens et des exigences de qualification de ses personnels"*.

Ce cadre juridique et pratique s'appliquant à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile et à la planification familiale vise à créer les conditions favorables pour : développer des actions de santé accessibles à tous, définir et promouvoir une politique de santé de qualité adaptée aux besoins, favoriser l'interdisciplinarité et développer les partenariats, favoriser la précocité et la spécificité d'intervention en périnatalité, développer des actions collectives de promotion de la santé.

L'unicité du service de PMI, indispensable aux exigences de santé publique énumérées précédemment, n'est nullement contradictoire avec une intensification poussée de la coopération territorialisée des équipes de PMI avec celles chargées de l'action sociale départementale et de l'aide sociale à l'enfance, au sein d'espaces départementaux de la solidarité.

Cette double exigence peut s'incarner dans une organisation qui instaure une dialectique permanente entre :

- la dimension verticale reposant sur l'existence d'un service de PMI qui garantit la cohérence de l'exercice des missions légales et des orientations propres au département en matière de santé maternelle et infantile,
- et la dimension horizontale contribuant à mettre en place des politiques coordonnées d'action sociale et de santé définies par la collectivité sur un territoire, en organisant une articulation fonctionnelle des différents professionnels de compétences complémentaires dans le champ de la santé, de l'action sociale et de l'accompagnement éducatif.

²⁸ Danièle JOURDAIN-MENNINGER, Bernadette ROUSSILLE, Patricia VIENNE et Christophe LANNELONGUE. *Etude sur la protection maternelle et infantile en France*. Inspection Générale des Affaires Sociales, Rapport n°RM2006-163P, Novembre 2006



Attractivité professionnelle – situation spécifique et propositions concernant les médecins

Constats

- Démographie médicale : pénurie des médecins dans de nombreux départements de France, et particulièrement pénurie des médecins de PMI qui risque de s'aggraver encore ces 10 prochaines années
- Féminisation de la profession médicale, et particulièrement des médecins de PMI, avec une demande d'exercice salarié et pérenne, et de panachage temps complets – temps incomplets
- Exercice de la profession médicale en évolution : attractivité des postes salariés et des exercices mixtes (libéral-salarié ou salarié dans différentes institutions)
- Difficultés à recruter des médecins en PMI : déséquilibre entre l'offre et la demande.
- Travail de PMI et du médecin de PMI peu connu
- Besoin de rendre attractive et accessible la profession de médecin de PMI

Points de réflexion et propositions

Démographie médicale :

- Numérus clausus des étudiants en médecine
 - o A l'occasion de la suppression du numerus clausus, exercer une gestion prévisionnelle des besoins en postes de médecins salariés de la fonction publique (médecins de PMI, de santé scolaire, médecins inspecteurs de santé publique)
- Attractivité des départements pour venir s'installer
 - o Intégrer les services de PMI aux travaux départementaux sur la démographie médicale

Communication sur la PMI :

- Visibilité des missions auprès du public
- Communication auprès des médecins en exercice, notamment les remplaçants (libéraux, hospitaliers), et des conseils national et départementaux de l'ordre des médecins

Formation / Qualification :

- Formation initiale des médecins
 - o Valoriser la médecine préventive, faire connaître la PMI pendant le cursus, dès le 2ème cycle et notamment au cours des spécialités de pédiatrie, gynécologie-obstétrique, santé publique, médecine générale, pédopsychiatrie
 - o Proposer des sujets de thèses relatifs aux activités de PMI et assurer la direction de thèse de ces sujets
 - o Obtenir la mise en place d'une Formation spécialisée transversale propre aux médecins de PMI à l'instar de celle des médecins scolaires
- Attractivité des stages d'externes et d'internes en PMI
 - o Proposer des contenus de stage en adéquation avec le portfolio universitaire, et spécifiquement adaptés selon qu'il s'agisse de l'internat de médecine générale et des internats de spécialité

- Assurer la formation et la rémunération des médecins de PMI en tant que maîtres de stage
- Sensibiliser les départements pour qu'ils assurent des conditions matérielles de stage attractives pour les externes et les internes
- Formation continue : DPC adapté à la PMI, assurance du financement du DPC dans la fonction publique territoriale
 - Faire valoir auprès des instances du DPC les spécificités de l'exercice en PMI afin que les médecins aient accès à des programmes adaptés à leurs besoins
- Qualification de l'activité PMI auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins : santé publique, pédiatrie, gynécologie médicale et gynécologie-obstétrique, médecine générale, médecine sociale

Statut :

- Accès aux concours de la fonction publique territoriale
 - Travailler auprès des DRH pour assurer l'ouverture de postes aux concours de la fonction publique territoriale
- Reconnaissance des Diplômes Universitaires (médecine préventive, gynécologie, pédiatrie, santé publique, santé sexuelle...) pour favoriser le recrutement de médecins généralistes ayant une formation adaptée aux exercices en PMI
- Grille indiciaire des titulaires
 - Revalorisation du statut en alignant la grille des médecins territoriaux sur celle des praticiens hospitaliers dans le cadre d'un statut de praticien de santé publique et de prévention (cf. grilles comparatives ci-après)
- Mise en œuvre de la mobilité entre les différentes fonctions publiques en cours de carrière

Recrutement et exercice en PMI :

- Favoriser le recrutement de titulaires
 - préparation aux concours
 - déclaration des postes
- Formations initiales d'application : ces formations doivent être re-développées, en passant de 10 jours actuellement à 3 mois, avec des contenus préparant réellement aux emplois occupés (associant les dimensions clinique, de santé publique, d'administration et d'encadrement).
- Conditions du recrutement : contrat, titularisation, vacations
 - Favoriser les contrats salariés mensualisés
 - Fixer la rémunération des contrats sur la base de la grille des titulaires, assurer la transparence de l'équivalence du niveau d'échelon pris en compte en fonction de l'ancienneté professionnelle
 - Assurer l'application de la réglementation concernant les contractuels (durée des contrats de 3 ans renouvelables, passage en CDI, contrats temps complet et non complet)
 - Favoriser les possibilités de titularisation, notamment à travers les procédures de résorption de l'emploi précaire
 - Recourir à une utilisation minimale des vacations
 - En cas d'utilisation des vacations par défaut, fixer les tarifs de rémunération sur la base minimale des centres de santé (40€ brut horaire) ou de celle des services de PMI les plus avancés (environ 50€ brut horaire)
- Plan de recrutement, anticipation des départs en retraite
 - Travailler auprès des DRH la pyramide des âges des médecins de PMI

- Attractivité des avantages en nature :
 - o Assurer pour les médecins de PMI l'accès aux voitures de service, aux remboursements des frais de déplacement, aux équipements mobiles (téléphonie, ordinateur)
- Conditions de formation continue :
 - o Assurer l'accès aux formations dans le cadre du DPC
 - o Proposer des formations diplômantes

Exercice mixte :

- Favoriser le recrutement de médecins PMI sur des postes à temps complet
- A défaut, organisation particulière des missions du médecin PMI sur des temps non complets
 - o Organiser les services de PMI pour garantir, en cas de recours à des médecins à temps incomplet, la continuité des activités de terrain (continuité des consultations, suivi des situations de protection de l'enfance, participation à des réunions pluridisciplinaires)
 - o Renforcer les liaisons entre les médecins de PMI exerçant à temps non complet afin d'assurer la continuité de leurs missions
- Possibilités d'exercices mixtes : hôpital-PMI, autre poste salarié-PMI, libéral-PMI
 - o Prendre en compte l'intérêt qu'ont certains médecins pour un exercice professionnel mixte, avec comme bénéfices attendus : dynamisme d'équipe PMI, approche plurielle de l'application des missions, richesse de l'apport d'autres expériences, diversité d'activité pour le médecin, ouverture sur la pratique en réseau, atout pour les liens interinstitutionnels ou interprofessionnels selon l'activité du médecin, possibilité de conventionnements de mises à disposition
- Garantir des conditions statutaires et de rémunération attractives (cf. § précédents sur le statut et sur le recrutement et l'exercice en PMI)
- Veiller à ce que les exercices mixtes ne soient pas pénalisants en terme de régime de protection sociale (pas de surcotation, prestations optimales)

Grilles indiciaires comparatives des médecins territoriaux et des praticiens hospitaliers (rémunérations avant revalorisations 2017 de 1,2%)

la nouvelle grille indiciaire du cadre d'emplois des médecins territoriaux

Médecin 2 ^{ème} classe					
Echelon	Indice brut	Indice majoré	Ancienneté minimale	Ancienneté maximale	Traitement brut (€)**
1	528	452	1 an	1 an	2092,89
2	588	496	1 an	1 an	2296,62
3	655	546	1 an 9 mois	2 ans	2528,14
4	701	582	1 an 9 mois	2 ans	2694,83
5	750	619	1 an 9 mois	2 ans	2866,15
6	801	658	2 ans	2 ans 6 mois	3046,73
7	852	696	2 ans	2 ans 6 mois	3222,68
8	901	734	2 ans	2 ans 6 mois	3398,63
9	966	783	-	-	3625,52
Médecin 1 ^{ère} classe					
1	801	658	1 an 9 mois	2 ans	3046,73
2	852	696	1 an 9 mois	2 ans	3222,68
3	901	734	1 an 9 mois	2 ans	3398,63
4	966	783	1 an 9 mois	2 ans	3625,52
5	1015	821	2 ans 6 mois	3 ans	3801,47
6	HEA	881-916-963	-	-	4079,29 - 4241,35 - 4458,97
Médecin hors-classe					
1	901	734	1 an 6 mois	2 ans	3398,63
2	966	783	1 an 6 mois	2 ans	3625,52
3	1015	821	2 ans	3 ans	3801,47
4	HEA	881-916-963	2 ans	3 ans	4079,29 - 4241,35 - 4458,97
5	HEB	963-1004-1058	-	-	4458,97 - 4648,81 - 4898,85
Spécial*	HEBbis	1058-1086-1115	-	-	4898,85 - 5028,50 - 5162,78

* Echelon spécial contingenté à 25% de l'effectif des médecins hors-classe dans les collectivités > 900 000 habitants et à 34% dans celles < 900 000 habitants, après 4 ans d'ancienneté minimum au 5^{ème} échelon

Praticien hospitalier (médecin, chirurgien, psychiatre, spécialiste, biologiste, pharmacien, odontologiste) Vérfifié le 12/03/2017		<u>Praticien hospitalier à temps plein</u>
Echelon	Durée	Salaire brut
1	1 an	4 130,68 €
2	1 an	4 200,78 €
3	2 ans	4 298,95 €
4	2 ans	4 411,11 €
5	2 ans	4 607,41 €
6	2 ans	4 929,92 €
7	2 ans	5 280,46 €
8	2 ans	5 448,72 €
9	2 ans	5 645,02 €
10	2 ans	6 065,68 €
11	2 ans	6 318,07 €
12	4 ans	7 182,85 €
13		7 500,82 €



Modes d'accueil : missions du service de PMI

La Déclaration des Droits de l'Enfant publiée en 1959 stipule que « l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux ». Traduit dans notre législation cela signifie que l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux, affectifs et culturels ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant.

L'offre en accueil individuel et collectif des très jeunes enfants, son accessibilité à toutes les familles, sa bonne répartition géographique, les garanties de qualité de cet accueil sont les enjeux majeurs d'une politique publique de la petite enfance à laquelle contribuent de nombreux acteurs publics et privés.

L'instruction, l'évaluation, l'accompagnement et le contrôle relatifs aux différents modes d'accueil, tant individuels que collectifs, requièrent des capacités et des compétences particulièrement adaptées. Le service de PMI réunit à cette fin les connaissances professionnelles nécessaires pour appréhender les caractéristiques très spécifiques du développement du jeune enfant et des conditions d'environnement nécessaires pour qu'elles puissent se déployer. Ces besoins de l'enfant dans les toutes premières années de vie ont été très précisément décrits dans le rapport rédigé par Sylviane Giampino, intitulé « Développement du jeune enfant : modes d'accueil, formation des professionnels » rendu à la ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes en mai 2016.

Outre la légitimité des professionnels formés sur les particularités du développement des jeunes enfants et de leurs besoins, ces activités font appel à des compétences transversales permettant :

- de faciliter l'inclusion sociale de tous les enfants y compris en situation de handicap,
- d'encadrer et d'accompagner les pratiques des professionnels en activité,
- d'assurer une harmonisation des conditions d'accueil et de sécurité des enfants dans leurs lieux de vie.

Ces objectifs se retrouvent dans les missions confiées aux services de PMI qui sont dotés d'une équipe pluridisciplinaire. Par exemple, lors d'une création d'un EAJE, l'équipe de PMI cherchera à

comprendre comment le projet éducatif de l'établissement est mis en œuvre, elle portera son attention à ce que les locaux permettent la mise en œuvre concrète de ce projet : où sont accueillis les parents, y a-t-il la possibilité de petits groupes d'enfants où l'activité libre est privilégiée, quelles sont les conditions de couchage, le déroulement de la sieste, des repas ?... La qualité environnementale de cet espace d'accueil de très jeunes enfants sera également appréciée. De même lors de l'agrément d'une candidate assistante maternelle, il conviendra de prendre la mesure de sa motivation, de son environnement familial, de ses choix éducatifs, de sa capacité à identifier les risques potentiels de son domicile, à se situer en tant que professionnelle vis-à-vis des parents, de ses attentes vis-à-vis de la formation, de son aptitude à questionner ses pratiques professionnelles et à solliciter le service de PMI en cas de difficultés.

Le service de PMI apparaît comme particulièrement pertinent au regard de tous les modes d'accueil du fait de sa mission générale et pour une deuxième raison : il est guidé par le seul intérêt de l'enfant et peut porter de manière totalement neutre la préoccupation de la qualité des modes d'accueil, de leur adaptation aux besoins du tout petit.

D'autres acteurs en matière d'accueil du jeune enfant peuvent également être impliqués de façon complémentaire, notamment concernant les questions d'ordre administratives, techniques, sociales ou financières. Dans l'objectif d'une amélioration de la coordination, une évolution du cadre normatif des modes d'accueil devrait permettre d'assurer une meilleure lisibilité pour l'ensemble des parties prenantes (CAF, MSA, services préfectoraux, communes...).

Par conséquent, la plate-forme « Assurer l'avenir de la PMI » propose le maintien de la compétence du président du Conseil départemental concernant les missions d'agrément, d'avis, d'autorisation, de contrôle et d'accompagnement des modes d'accueil du jeune enfant, décisions instruites par les services de PMI pour ce qui relève de leurs compétences en matière de santé et de développement du jeune enfant, et d'adaptation du mode d'accueil à ces enjeux.



*Contribution de la plate-forme "Assurer l'avenir de la PMI"
à la mission de Michèle Peyron, députée*