



Evolution de la protection maternelle et infantile

PROPOSITIONS DE LA PLATEFORME
« ASSURER L'AVENIR DE LA PMI »

31 octobre 2014

I Rapport

Table des matières

SYNTHESE	4
RAPPORT	5
INTRODUCTION	5
1. CONTEXTE	6
1.1. LE CONTEXTE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE.....	6
1.2. CONSTATS CONCERNANT LA PMI	7
1.2.1. RAPPORT IGAS 2006 : « ETUDE SUR LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE EN FRANCE »	7
1.2.2. RAPPORT IGAS 2011 : « LES ORGANISMES DE PLANIFICATION, DE CONSEIL ET D'EDUCATION FAMILIALE : UN BILAN» ...	8
1.2.3. LE RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES : « POLITIQUE DE PERINATALITE : L'URGENCE D'UNE REMOBILISATION (2012) »	9
1.2.4. LE RAPPORT DU HCEFH DE 2013	9
2. DEMARCHE DE LA PLATE-FORME « ASSURER L'AVENIR DE LA PMI »	9
3. METHODOLOGIE DE TRAVAIL	10
4. LES CONSTATS	11
4.1. LES MISSIONS DES SERVICES DE LA PMI	11
4.1.1. LE CADRE COMMUN DE LA PMI	12
4.1.2. LA PLANIFICATION	13
4.1.3. LA SANTE PERINATALE.....	16
4.1.4. LA SANTE DE L'ENFANT	21
4.2. LES PROFESSIONNELS	24
4.2.1. LES METIERS.....	24
4.2.2. LES ENJEUX DE LA FORMATION.....	25
4.2.3. ATTRACTIVITE DANS LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE : STATUTS, RECRUTEMENTS.....	26
5. PERSPECTIVES.....	26
5.1. PILOTAGE NATIONAL, REGIONAL ET LOCAL	27
5.2. REAFFIRMER ET GARANTIR LE MAINTIEN DES MISSIONS CONFIEES AUX SERVICES DEPARTEMENTAUX DE PMI	27
5.3. AMELIORER L'ATTRACTIVITE DE L'EXERCICE EN PMI	28
5.4. AMELIORER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS	28
5.5. CONSOLIDER LE FINANCEMENT DE LA PMI.....	29
5.6. AMELIORER LE RECUEIL DES DONNEES EN MATIERE D'ACTIVITE DES SERVICES DE PMI ET DE DONNEES CONCERNANT LES MERES ET LES ENFANTS	29
5.7. AMELIORER LA COORDINATION DES INTERVENANTS DANS LE CHAMP DE LA PROMOTION ET DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE SUR SON TERRITOIRE	29

Synthèse

Les travaux sur la protection maternelle et infantile (PMI) s'inscrivent dans le cadre de la politique de santé qui est amenée à évoluer dans le contexte du projet de loi de santé en cours de préparation et de la Stratégie Nationale de Santé (SNS).

A la demande de la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, une concertation a été menée avec les représentants de professionnels et d'usagers réunis au sein de la plate-forme "Assurer l'avenir de la PMI" sur la base de leurs constats et de leurs propositions.

Ces échanges ont permis d'identifier le service de PMI comme un acteur incontournable de la politique de santé qui devra s'inscrire dans le service territorial de santé au public issu du projet de loi de santé.

Les atouts de ce dispositif, à préserver et à valoriser, reposent sur une approche pluridisciplinaire, médicale, paramédicale, sociale et éducative. De plus, cette offre de santé de proximité est accessible à l'ensemble de la population, particulièrement à celle qui présente le plus de vulnérabilités.

Plusieurs mesures et pistes d'évolution se dégagent des propositions de la plateforme. Elles visent à ancrer les missions des services de protection maternelle et infantile dans la reconfiguration de la politique de santé et de la politique territoriale en cours d'évolution.

Ces propositions ont pour objet de clarifier le pilotage aux niveaux national, régional et local, de réaffirmer et garantir le maintien des missions confiées aux services départementaux de PMI, d'améliorer l'attractivité de l'exercice des professionnels, d'améliorer leur formation, de consolider le financement des missions et d'améliorer le recueil des données en matière d'activité des services. Enfin, elles visent à améliorer la coordination de l'ensemble des acteurs intervenant dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive, de la périnatalité et de la santé de l'enfant.

Rapport

Introduction

Les travaux sur la protection maternelle et infantile (PMI) s'inscrivent dans le cadre de la politique de santé qui est amenée à évoluer dans le contexte du projet de loi de santé en cours de préparation et de la Stratégie Nationale de Santé (SNS). Cette dernière a pour ambition de donner un cadre à l'action publique pour les années à venir pour combattre les inégalités de santé et pour adapter le système de santé français aux besoins des patients. Il doit mobiliser l'ensemble des acteurs autour d'une ambition forte, refonder le système de santé français, avec 3 axes prioritaires :

- Faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé ;
- Organiser les soins autour des patients et en garantir l'égal accès : la révolution du premier recours ;
- Approfondir la démocratie sanitaire et miser sur la déconcentration.

A cet égard, la période de la périnatalité et de la petite enfance est cruciale et fait l'objet d'une attention particulière au sein de la SNS. En effet, les interventions précoces, débutées pendant la grossesse et poursuivies avec les enfants jusqu'à l'âge de la scolarité, permettent d'agir favorablement dès le plus jeune âge en favorisant le développement global de ceux-ci et contribuent à mettre un frein à la constitution précoce et à la reproduction entre générations des inégalités sociales de santé.

La santé des jeunes représente également une priorité de notre politique de santé. Protéger la jeunesse implique notamment de promouvoir une sexualité saine, responsable et épanouissante par une approche globale positive et respectueuse.

Les services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI) représentent des acteurs de proximité incontournables pour la mise en œuvre d'actions précoces au service de la population, notamment la plus défavorisée. Leurs atouts sont multiples, tenant notamment à leur proximité géographique, à leur approche globale de la santé, aux modalités adaptées d'accueil des publics, à l'accompagnement non stigmatisant pour les populations vulnérables, à la diversité des prestations mises en œuvre par des équipes pluridisciplinaires, et enfin à la gratuité pour la population de consultations, vaccins et produits contraceptifs sous certaines conditions.

Dans le contexte, d'une part, de la mise en place d'un service territorial de santé (STS), d'autre part, de possibles impacts sur les services de PMI des évolutions institutionnelles prévues dans le cadre de la réforme territoriale, il importe de préciser les orientations qui permettront à la PMI de continuer à répondre aux besoins de la population en termes de prévention et de promotion de la santé selon les objectifs prioritaires suivants :

- maintenir et développer une offre de santé de proximité, accessible à tous, axée sur la prévention et une approche globale de la santé incluant en particulier le soutien à la parentalité ;

- réduire les inégalités de santé en apportant une attention particulière aux publics en difficulté tout en maintenant l'approche universelle de la PMI.

Avertissement : les données d'activité issues de l'enquête PMI DREES 2012 figurant dans le présent rapport sont des **données estimées et provisoires**.

1. Contexte

1.1. Le contexte législatif et réglementaire

Selon l'article L.2111-1 du code de la santé publique (CSP), l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile. Le livre premier de la deuxième partie du code de la santé publique est consacré aux mesures législatives et réglementaires qui régissent « La santé de la famille, de la mère et de l'enfant », titre modifié par la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes en « Santé reproductive, droits de la femme et protection de la santé de l'enfant ».

La protection maternelle et infantile (PMI) repose sur :

- des dispositions mises en œuvre par l'ensemble des professionnels de santé et des structures intervenant auprès de ces populations, notamment les consultations obligatoires prénatales, postnatale et pour les enfants jusqu'à l'âge de six ans (qui peuvent être réalisées en libéral, à l'hôpital ou en consultation de PMI). Ces visites, dont le nombre, la périodicité et le contenu sont fixés par voie réglementaire, sont remboursées à 100% par l'assurance maladie. Lorsqu'elles sont pratiquées en service de PMI, elles sont remboursées par l'assurance maladie au département.¹
- les compétences dévolues au département exercées, sous l'autorité du président de conseil général, par le service départemental de protection maternelle et infantile, service non personnalisé du département. Celui-ci
 - o est dirigé par un médecin et comprend des personnels qualifiés, notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique ;
 - o est ouvert à tous. Sa répartition géographique et l'attribution des moyens tiennent compte des spécificités sociodémographiques du département et en particulier de l'existence de populations vulnérables et de quartiers défavorisés ;²
 - o organise³ des activités de planification familiale et d'éducation familiale, des consultations, des actions de dépistage et de prévention, et des actions médico-sociales préventives et de suivi en faveur des femmes enceintes, des parents et des enfants de moins de six ans ; le recueil et le traitement d'informations en épidémiologie et en santé publique ; l'édition et la diffusion des carnets de santé de l'enfant et du carnet de santé de maternité ; le contrôle et la surveillance des établissements d'accueil des enfants de moins de 6 ans⁴ et l'agrément et la

1 Code de la santé publique (CSP) article L.2112-7

2 CSP article R.2112-1

3 CSP article L.2112-2

4 CSP article L.2324-2

formation des assistant(e)s maternel(le)s ; enfin, il participe aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger.

La réforme territoriale en cours pose la question du transfert de ces compétences dans l'hypothèse d'une disparition de l'échelon départemental.

1.2. Constats concernant la PMI

1.2.1. Rapport IGAS 2006 : « Etude sur la protection maternelle et infantile en France »⁵

La première constatation du rapport de l'IGAS de 2006 est celle de la très grande hétérogénéité des pratiques et des politiques des départements, en ce qui concerne les missions de PMI. Le nombre de sages-femmes et de puéricultrices dans 22 départements se situait au dessous de la norme nationale avec des écarts allant de 1 à 20 pour le nombre de sages-femmes et de 1 à 5,5 pour les puéricultrices. Pour les consultations prénatales (la norme étant de 4 demi-journées de consultation par semaine pour 100 000 habitants), 48 départements n'assuraient aucune consultation et 10 dépassaient très largement ces normes. Pour les consultations infantiles, la norme d'une demi-journée de consultation pour 200 naissances était respectée sur le plan national à 108% avec cependant des écarts de 1 à 10 entre les départements : 47 départements se trouvant au-dessous de la norme minimale ; par contre 5 départements d'Ile de France⁶ sont 4 à 8 fois au-dessus de la norme.

Ses principales recommandations portaient sur :

- la nécessité de définir des objectifs pour la PMI au niveau national (en remplacement des normes) et au niveau des schémas départementaux ;
- l'intensification des actions en direction des groupes en situation de précarité et des personnes en situation de vulnérabilité, notamment psycho-sociale ;
- la concentration des actions et consultations sur les enfants de moins de deux ans, tout en maintenant l'âge de la PMI à six ans et un investissement renforcé sur des actions de prévention précoce et de dépistage ;
- un désengagement de la PMI par rapport à la mission de suivi des assistantes maternelles ;
- une amélioration du pilotage et de l'animation des services de PMI ;
- la signature d'une convention cadre entre l'ADF et l'assurance maladie et la renégociation des conventions qui lient chaque département à l'Assurance maladie ;
- l'inscription dans le code de la santé publique des missions du département dans le domaine de la prévention précoce et du suivi des dépistages et de l'entretien du 4ème mois ;
- un engagement des institutions nationales pour aider les départements sur le plan de la qualité ;
- la réaffirmation d'orientations nationales concernant la planification et l'éducation familiale et l'élargissement des compétences des centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF).

⁵ Etude sur la protection maternelle et infantile en France - Rapport de synthèse IGAS 2006

⁶ Paris, Val de Marne, Hauts de Seine, Seine Saint Denis, Essonne

1.2.2. Rapport IGAS 2011 : « Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan »

Parmi les constats du rapport de l'IGAS 2011, il est indiqué que les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) et les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) visent une approche globale de la sexualité, à la charnière du social, de l'éducatif et du sanitaire. La palette des prestations qui peuvent être proposées dans les CPEF est très large : accueil, conseil et écoute individuelle sur les questions liées à la sexualité et à l'orientation sexuelle, accompagnement des personnes victimes de violence, accompagnement et suivi de la première contraception, de l'IVG, sensibilisation à la prévention des risques et s'y ajoutent les consultations et prescriptions contraceptives, pose de dispositifs contraceptifs, tests de grossesse et délivrance de la contraception d'urgence, suivi gynécologique et, selon les centres, offre de dépistage et de traitement des IST, réalisation de l'IVG médicamenteuse (cette possibilité ouverte en 2007 ne concerne encore qu'un nombre limité de centres).

Les rapporteurs concluent que les CPEF ainsi que les EICCF apportent une offre spécialisée au côté des autres offres de soins existants sur un territoire donné. De ce fait, ils représentent un dispositif indispensable. Ces structures constituent une alternative dans l'offre de soins perçue comme plus accessible psychologiquement et financièrement pour les publics mineurs et en situation de vulnérabilité sociale.

L'IGAS insiste sur le fait que ces deux structures disposent de peu de lisibilité et de visibilité, manquent de cohérence et de pilotage au niveau local et ne permettent pas de couvrir l'ensemble des besoins. Ainsi, les interventions en milieu scolaire ne sont pas à la hauteur des exigences de la loi de 2001⁷.

Parmi les recommandations, nous pouvons citer :

- systématiser la mission de prévention des infections sexuellement transmissibles dans les CPEF ;
- organiser un socle de prestations de base commun à l'ensemble des structures dans le domaine de la santé sexuelle ;
- reconnaître au plan législatif la mission de prévention et d'accompagnement des victimes de violence des CPEF ;
- définir au niveau départemental des objectifs de prise en charge de l'IVG médicamenteuse dans les CPEF ;
- développer l'accompagnement de l'IVG dans les CPEF à travers des formules ménageant souplesse et continuité ;
- élaborer une charte qualité pour la prise en charge de l'IVG médicamenteuse dans les CPEF ;
- expérimenter un protocole de délégation de la prescription contraceptive dans les CPEF.
- créer dans chaque département une offre de « médecins relais contraception » intervenant dans des conditions analogues à celles des CPEF ;
- donner à la planification une existence légale distincte de la PMI ;
- proposer une loi pour actualiser les missions des organismes d'éducation à la sexualité, de conseil et de planification familiale et pour faciliter l'accès à leurs prestations.

⁷ Loi du 4 juillet 2001 qui prévoit qu'« une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène ».

1.2.3. Le rapport de la Cour des comptes : « Politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation (2012) »

Reprenant les conclusions du rapport IGAS de 2006, la Cour des comptes confirmait l'existence d'une couverture inégale des services de PMI et la persistance d'écart importants, allant de 1 à 17 pour le nombre de sages-femmes et de 1 à 3,5 pour les puéricultrices. Enfin, en l'absence de norme pour les médecins, les disparités sont importantes : elle comptait 66 médecins (en ETP) pour 100 000 naissances dans le Finistère contre 980 en Seine-Seine-Denis, soit un rapport de 1 à 15.

La Cour estimait ces différences considérables, même en considérant qu'elles tiennent pour partie au fait que la protection maternelle et infantile complète désormais une offre de soins libérale inégalement répartie et plus ou moins accessible selon les territoires.

Elle émettait les recommandations suivantes :

- renforcer la prévention en direction des femmes en situation défavorisée notamment par une prise en charge psycho-sociale plus efficace et par l'amélioration de la coordination entre les acteurs ;
- mobiliser l'action des services départementaux de PMI autour d'objectifs précis fixés par l'Etat tenant compte des caractéristiques de chaque territoire (recommandation réitérée).

1.2.4. Le rapport du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCEfh) de 2013⁸

Dans son rapport, le HCEfh indique que les centres médico-sociaux (EICCF et CPEF) sont des structures clés de l'orientation et de l'information à faible visibilité.

Parmi ses recommandations, il est demandé :

- d'affirmer le rôle des ARS dans l'organisation de l'information et la communication de proximité relative à l'IVG et à la contraception, en particulier via les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) et les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) sur les territoires départementaux .
- d'inscrire le thème « les sexualités, la contraception et les IVG » dans les formations initiales de l'ensemble des professionnels et dans les formations continues, notamment les DPC.
- de veiller à la coordination des acteurs au niveau des territoires, par la constitution ou le renforcement de réseaux opérationnels médicaux, médico-sociaux et sociaux.

2. Démarche de la plate-forme « Assurer l'avenir de la PMI »

La plate-forme « Assurer l'avenir de la PMI » réunit des syndicats, des associations professionnelles et d'usagers⁹ signataires d'une pétition « *Un plan d'urgence pour assurer l'avenir du service public de Protection Maternelle et Infantile* ».

⁸ Rapport relatif à l'accès à l'IVG, volet 2 accès à l'IVG dans les territoires, 7 novembre 2013

Dans ce cadre, ils constatent un désengagement de certains départements vis-à-vis des missions de la protection maternelle et infantile et l'absence d'une politique nationale concernant la santé familiale et la santé de l'enfant clairement identifiée. Ils s'inquiètent d'une diminution des moyens affectés aux missions de PMI alors que les besoins en soins de prévention augmentent, des conséquences négatives de la démographie des professions de santé aggravées par une faible attractivité de l'exercice des professionnels en PMI et des incertitudes sur le sort de la PMI liées aux modifications que pourrait entraîner une future réforme territoriale.

La plate-forme fait un certain nombre de propositions ¹⁰

- création d'une instance nationale pour la promotion et la protection de la santé familiale et infantile ;
- renforcement du financement (dotation augmentée et fléchée, élargissement du financement Assurance Maladie et de la contribution des ARS) ;
- maintien des services de PMI dotés de personnels en nombre suffisant et dirigés par un médecin ;
- plan d'urgence pour accroître la démographie des professionnel(les) de santé de PMI: statuts, rémunérations, formation initiale, DPC ;
- maintien et développement de soins de santé de proximité, préventifs et curatifs, accessibles à tous (en particulier prévention et soutien à la parentalité) ;
- actions sur les conditions de vie pour favoriser le développement et la santé de l'enfant.

Les représentants de la plate-forme ont été reçus par le cabinet de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes le 30 janvier 2014, puis par la Direction générale de la santé le 13 février 2014.

3. Méthodologie de travail

a) Cadre et objectifs

Le directeur général de la santé a été chargé par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes d'organiser un programme de travail avec les représentants de la plate-forme « Assurer l'avenir de la PMI », en association avec les autres directions du ministère : direction générale de l'offre de soins (DGOS), direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Les travaux ont pour objectif de mener, en lien avec ces représentants des professionnels et des usagers, une réflexion sur l'évolution du dispositif de la PMI permettant d'alimenter la stratégie nationale de santé. En effet, les services de PMI remplissent des missions en matière de prévention et de protection de la santé de la mère et de l'enfant qui ne sont pas remplies par d'autres professionnels ou d'autres structures. Ces missions doivent être replacées dans cette politique générale de l'enfance et de la jeunesse dans un objectif d'intervention précoce sur les déterminants de santé et de lutte contre les inégalités de santé. La création des agences régionales de santé, le

⁹ Voir composition en annexe

¹⁰ Voir sur www.assureravenirpmi.org/

projet de mise en place d'un service territorial de santé et les projets de réforme territoriale guident la réflexion sur les enjeux de gouvernance qui doivent être redéfinis.

Un certain nombre de thèmes portés par la plate-forme relève de la compétence d'autres ministères : on peut citer par exemple les travaux menés avec le ministère de la décentralisation, de la réforme de l'Etat et de la fonction publique concernant l'évolution des statuts dans la fonction publique territoriale, l'attractivité des postes¹¹

b) Calendrier de travail

Celui-ci a été organisé autour de trois réunions qui ont porté sur les thèmes suivants:

- Rôle de la PMI dans les domaines de la santé maternelle, de la santé de l'enfant et de la planification familiale (réunion du 21 mai 2014);
- Les professionnels exerçant en protection maternelle et infantile (réunion du 18 juin 2014);
- Rôle et place du service départemental de PMI dans le premier recours: quels partenariats établir au niveau local, régional (réunion du 10 septembre 2014).

Les comptes-rendus des réunions sont complétés par des textes remis par les représentants de la plate-forme à la DGS, soit en cours de réunion, soit à la suite de celle-ci. Ces documents sont validés par la plate-forme et représentent sa position.

Par ailleurs, à la demande de la DGS, les représentants de la plate-forme ont transmis quelques textes illustrant des modalités de travail jugées intéressantes au niveau local.

Au calendrier défini initialement s'est ajoutée une quatrième réunion organisée dans le cadre des concertations voulues par la ministre chargée de la santé sur les orientations du projet de loi de santé. Celle-ci s'est déroulée le 3 juillet 2014, en présence du directeur général de la santé. Le texte présentant les propositions que la plate-forme a rédigé à la suite de cette concertation figure également en annexe.

L'ensemble de ces échanges et contributions est joint en annexe et alimente ce rapport.

4. Les constats

4.1. Les missions des services de PMI

Ces missions concernent la planification, la santé périnatale et la santé de l'enfant et s'exercent dans un cadre commun.

11 Décret n° 2014-922 du 18 août 2014 modifiant le décret n° 92-851 du 28 août 1992 portant statut particulier du cadre d'emplois des médecins territoriaux ; Décret n° 2014-924 du 18 août 2014 portant échelonnement indiciaire applicable aux médecins territoriaux ; Décret n° 2014-923 du 18 août 2014 portant statut particulier du cadre d'emplois des puéricultrices territoriales ; Décret n° 2014-925 du 18 août 2014 portant échelonnement indiciaire applicable aux puéricultrices territoriales régies par le décret n° 2014-923 du 18 août 2014

4.1.1. Le cadre commun de la PMI

Le fonctionnement du service de PMI présente un nombre d'atouts essentiels que sont une approche pluridisciplinaire, une offre diversifiée, individuelle et collective, une prise en charge de proximité, ouverte à tous, facilement accessible aux plus démunis, sans avance de frais.

Cette offre s'adresse aux femmes enceintes, aux couples, aux enfants, aux adolescents et jeunes majeurs. Il accueille toutes populations, en portant une attention particulière aux populations défavorisées (niveau social, économique, culturel,...) et aux situations de vulnérabilité.

Les spécificités de l'approche en PMI sont les suivantes :

- Une culture de la santé prise de manière globale, en lien avec le contexte de vie ;
- Une continuité des actions entre la périnatalité, la planification et la santé du nourrisson puis de l'enfant. Les missions de soutien à la parentalité, notamment, vont s'exercer dès la grossesse et se poursuivre au cours des premières années de l'enfant ;
- Des modalités de travail basées sur une approche pluridisciplinaire et la composition pluridisciplinaire des équipes : médecins, sages-femmes et puéricultrices notamment ;
- Un principe d'universalisme proportionné garantissant l'accès de la PMI à tous, tout en portant une attention particulière aux personnes démunies ou en situation de vulnérabilité. L'application de ce principe permet que les différents publics accueillis en PMI, y compris ceux en situation de grande précarité¹², continuent à fréquenter ces lieux. La notion de précarité socio-économique et celle de vulnérabilité, qui peut toucher tous les milieux, sont à distinguer pour bien comprendre les publics et les enjeux de la PMI ;
- Le développement de compétences dans l'accueil et l'accompagnement des personnes et des familles, notamment celles qui sont les plus éloignées des systèmes de prévention et de soin : accessibilité des populations cibles (femmes enceintes, enfants, jeunes...) et accueil non stigmatisant pour les personnes vulnérables ;
- Une proximité géographique : implantation notamment dans des quartiers en difficulté ou dans des zones déshéritées, y compris en milieu rural ;
- Des modalités d'accueil souples et adaptées aux besoins spécifiques de certaines populations : permanences de puéricultrices ou d'infirmières, durées de consultations plus longues que chez les médecins de ville et à l'hôpital ;
- Une diversité de ses missions qui se décline en consultations, visites à domicile, actions collectives, recueil de données épidémiologiques, actions dans les domaines de la planification des naissances, de l'éducation à la sexualité, du suivi sanitaire des femmes enceintes et des enfants, de la surveillance du développement des enfants, du soutien à la parentalité, de l'agrément et du suivi des modes d'accueil du jeune enfant (assistants maternels, établissements d'accueil) ;
- Des modalités d'accès administratives et financières : gratuité des consultations, des vaccins, des produits contraceptifs sous certaines conditions.

¹² Le refus de lieux « réservés » aux plus démunis est en effet constamment affirmé. Voir notamment « Inégalités sociales de santé et petite enfance -Analyse et ressenti de personnes en situation de grande précarité » ATD-Quart Monde 2014

L'activité du service de PMI est organisée de la manière suivante :

Les missions sont organisées par le président du conseil général¹³, soit en régie directe c'est à dire directement par des services et personnels dépendant du conseil général, soit en régie indirecte qui peut être confiée par convention, soit à une structure (établissement de santé), soit à une autre collectivité (commune), soit encore à une association (Croix-Rouge, MFPPF par exemple).

La remontée d'un certain nombre d'informations relatives à l'activité des services de PMI est organisée par la DREES qui recueille chaque année, auprès des départements, des données sur le nombre et la qualité des personnels et sur certaines activités mises en œuvre par les services de PMI. Cependant, une partie non négligeable de départements renseigne insuffisamment voire pas du tout l'activité de leurs services.

De manière générale, la richesse des activités déployées par les services de PMI demeure insuffisamment connue des professionnels du secteur libéral et, à un moindre degré, des établissements de santé.

L'activité du service de PMI est essentiellement financée par les conseils généraux. Un certain nombre d'actes médicaux sont remboursés aux conseils généraux par l'Assurance maladie¹⁴ dans le cadre de conventions signées entre les présidents de Conseil général et les caisses primaires d'assurance maladie. Les actes ne figurant pas à la CCAM ou à la NGAP, tels que les actes réalisés par des puéricultrices ou des psychologues, ne peuvent être pris en charge.

Les organismes d'assurance maladie peuvent également, par voie de convention, participer sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale, aux autres actions de prévention médico-sociale menées par le département. Or, les représentants de la plate-forme font valoir de plus que les conventions signées entre les départements et les CPAM sur la base d'une convention cadre signée par la CNAMTS et l'ADF ne prennent pas suffisamment en compte les autres actions de prévention médico-sociale, avec comme conséquence une prise en charge insuffisante des activités de prévention.

4.1.2. La planification

a) Rappels des missions

Le service départemental de protection maternelle et infantile a pour missions d'organiser des activités de planification familiale et d'éducation familiale. Le code de la santé publique¹⁵ définit les missions des centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF).

Ces missions se répartissent de la façon suivante :

¹³ CSP : article L.2112-4

¹⁴ CSP : article L.2112-7

¹⁵ CSP : articles L.2311 à L.2311-5 ; R.2311-7

- des missions obligatoires : prévention et éducation à la santé sur le thème de la sexualité, des entretiens de conseil conjugal et familial, délivrance et suivi des moyens de contraception, entretien préalable aux IVG.
- des missions facultatives : dépistage et traitement de certaines infections sexuellement transmissibles (IST), pratique des IVG médicamenteuses.

b) Les données chiffrées : activités, statistiques.

Le nombre d'IVG réalisé en France en 2012 s'élève à 219 200 dont 207 000 en métropole¹⁶ et cela malgré un taux de recours à la contraception élevé. La pratique des IVG médicamenteuses hors établissement de santé est autorisée depuis 2004. Elle ne représente en 2012 que 15% de l'ensemble des IVG réalisées en métropole. 1% de ces IVG sont réalisées par les CPEF ou centres de santé en métropole et 0% dans les DOM.

Le recueil des données de l'activité des CPEF s'avère complexe car cette activité est réalisée, soit en gestion directe par les conseils généraux, soit en régie indirecte auprès de centres de santé, d'établissements de santé ou d'associations. Dans ce dernier cas, les remontés d'activité auprès du conseil général sont rarement réalisées.

Les principales données d'activité pour 2012 recueillies par la DREES auprès de 71 départements sont les suivantes :

- les CPEF ont réalisé 772 000 consultations et 452 000 personnes ont bénéficié d'au moins une consultation ;
- les centres ont proposé 31 000 séances d'actions collectives dont 72% en milieu scolaire ;
- les entretiens sont pour 62% d'entre eux en lien avec la planification et pour 23% avec le conseil conjugal ;
- entre 2009 et 2012 le nombre de séances collectives a progressé de 17 à 18%.

c) Le déroulement des missions

Les missions de la planification sont mises en œuvre par des équipes pluridisciplinaires. Les conseiller(e)s conjugaux (les) jouent un rôle central dans ce dispositif par leur implication dans l'ensemble des domaines concernés. Ils gèrent les orientations et assurent les liens avec les partenaires extérieurs. La plateforme PMI insiste sur les conditions d'exercice souvent précaires de ces professionnel(le)s indispensables à l'activité des CPEF, en raison de l'absence de statut officiel.

D'une façon générale, la mise en œuvre des activités menées par les CPEF semble très inégale d'une région à l'autre en fonction des orientations fixées et des moyens engagés par les conseils généraux.

Les échanges ont permis d'identifier des modalités d'intervention à partir d'expériences menées en Ile de France et principalement dans quelques départements « pilotes ».

16 Drees juin 2014, études et résultats n°884

Parmi ces missions, **l'éducation à la sexualité** représente une activité très importante des CPEF. L'exemple de l'Essonne, qui n'est pas représentatif de l'ensemble des départements, permet de constater qu'une politique volontariste permet de mener des actions collectives en milieu scolaire. Cette volonté se concrétise notamment par la formalisation avec le rectorat d'académie d'un partenariat et la mise en place de formations communes pour les personnels des CPEF et de l'éducation nationale. Ces éléments représentent des leviers favorables pour la mise en place des actions dans les établissements. Ainsi, il a été possible de toucher l'ensemble des classes de quatrième de ce département, y compris dans les établissements privés. Malgré cela, nous sommes loin des objectifs fixés par la loi de 2001, comme l'avaient déjà constaté les rapporteurs de l'IGAS en 2011.

L'accès à un moyen de **contraception** représente également une activité importante des CPEF. Réglementairement, celle-ci s'adresse à toutes les femmes en âge de procréer, mais en pratique, certains départements privilégient l'accès aux personnes les plus vulnérables, notamment les mineures et les jeunes majeurs. L'activité est centrée sur des entretiens, des consultations et la mise à disposition des moyens de contraception. La délivrance des moyens de contraception dans les centres se trouve parfois entravée par les difficultés d'approvisionnement, surtout lorsque les laboratoires pharmaceutiques refusent d'en assurer la vente¹⁷.

Dans ce cadre, certains CPEF se positionnent comme « centre de référence dans le domaine de la contraception » et proposent sur leur territoire de former les médecins généralistes pour changer leur regard vis-à-vis de la contraception et leur apprendre à maîtriser différents gestes techniques.

En outre, la plateforme signale que l'élargissement du champ de compétences des sages-femmes en matière de prescription de contraception et de consultation gynécologique de prévention n'a pas toujours été accompagné de formation pour celles qui étaient déjà en poste.

Parmi les missions facultatives, **la réalisation des IVG médicamenteuses** a été très peu développée par les conseils généraux. La plateforme PMI estime indique qu'actuellement, à sa connaissance, il y a seulement 6 départements qui l'auraient mise en place. Les raisons de la faible mobilisation pour cette activité viendraient de l'absence de moyens supplémentaires octroyés à cette activité¹⁸ et aux difficultés à lier des partenariats fonctionnels avec les établissements de santé. Les témoignages montrent que ceux-ci sont difficiles à rendre effectifs et peu satisfaisants notamment pour la prise en charge des complications ou des échecs de l'IVG médicamenteuse.

Enfin, **les IST** sont prises en charge dans certains CPEF. Cette activité nécessite des partenariats, notamment avec des laboratoires de biologie médicale afin d'assurer les analyses. Le partage de cette mission avec d'autres structures compétentes (CDAG, CIDDIST) rend le dispositif peu lisible. Dans l'Essonne, une réflexion a été menée pour regrouper ces activités sous le nom d'une structure polyvalente.

¹⁷ L'article R.5124-45 du CSP autorise les CPEF à s'approvisionner auprès des laboratoires pharmaceutiques

¹⁸ Pourtant, un forfait à l'acte existe d'un montant de 191,74 euros

d) Quelques pistes de réflexion, au regard du contexte

Des activités complémentaires pour des publics parfois différents :

Les publics fréquentant les structures de PMI ou du CPEF sont en partie différents, ce qui peut représenter une source de difficultés, notamment pour l'accueil et le respect de la confidentialité. Cela a soulevé la question du maintien de ces deux activités au sein d'une structure commune. Il apparaît important d'affirmer la nécessité de maintenir un lien entre les activités de la PMI et celles des CPEF. Pour ce faire, deux hypothèses ont été envisagées : soit séparer dans des lieux différents les deux activités, soit développer ces activités dans des créneaux horaires bien spécifiques.

Des activités qui ont évolué :

L'ouverture des CPEF aux dépistages et à la prise en charge des IST nécessite une réflexion sur la complémentarité à mener entre des structures ayant des activités similaires et complémentaires. Le regroupement des activités de CPEF, CDAG, CIDDIST au sein d'une nouvelle structure de « santé sexuelle et reproductive », permettrait de disposer d'une offre plus claire et mieux coordonnée. Les représentants de la plateforme n'ont pas de position sur cette question, mais les échanges font penser que si cela clarifie l'offre, l'expérience menée au Royaume Uni a montré un éloignement des jeunes de ce type de structure qui stigmatiserait du fait du focus mis sur la « sexualité » dans leur appellation.

Enfin, parmi les activités qui se sont développées, nous pouvons citer le repérage et la prise en charge des violences faites aux femmes. Cette activité est principalement confiée aux conseillères conjugales. Les équipes des CPEF sont aussi engagées dans la lutte contre les mutilations génitales et les mariages forcés.

4.1.3. La santé périnatale

La grossesse, la naissance et les premiers mois de l'enfant apparaissent comme un moment de vie privilégié et essentiel. Il s'agit de favoriser l'épanouissement de la femme, du couple, de l'enfant à venir et l'instauration de relations précoces positives parents/enfants, d'aider les parents qui en ont besoin et, le cas échéant, de détecter d'éventuels dysfonctionnements. Pour cela, la triple dimension de la santé physique et du bien-être psychique et social de la grossesse est essentielle à prendre en compte.

a) Rappels des missions

En matière de protection et de promotion de la santé maternelle, ces missions sont, comme les autres missions de PMI, partagées entre l'Etat, les collectivités locales et l'Assurance maladie.

Elles concernent la mise en œuvre de mesures de prévention d'ordre médical, psychologique et social en faveur des futurs parents et des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement celles qui sont les plus démunies ;

Le champ d'intervention du service de PMI est défini dans le code de la santé publique qui confie au président du conseil général la mission d'organiser des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale pour les femmes enceintes.

Il a par ailleurs pour mission d'organiser des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes, notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires à l'occasion du suivi prénatal, et ce durant toute la grossesse.

La spécificité du service de PMI, par rapport aux autres acteurs intervenant dans le domaine prénatal, est qu'il propose des services **qui se situent au croisement du champ sanitaire et social, et ce, dans une perspective d'approche globale de la santé.**

b) Les données chiffrées : activités, statistiques

L'activité est soumise à un certain nombre de normes d'activités. Le service départemental doit organiser chaque semaine au moins seize demi-journées de consultations prénatales et de planification ou éducation familiale pour 100 000 habitants âgés de quinze à cinquante ans résidant dans le département, dont au moins quatre demi-journées de consultations prénatales.

Le rapport de l'IGAS cité plus haut indiquait qu'en 2006, 20% des femmes avaient un contact avec les services de PMI.

Cependant, l'enquête nationale périnatale réalisée en 2010 indiquait quant à elle que 19,8 % des femmes ont été suivies en dehors d'un établissement de santé, par une sage-femme libérale (15,4%) ou une sage-femme de PMI (3,7%).

Les activités pré et post-natales en faveur des futures mères sont documentées dans le cadre d'une enquête annuelle organisée par la DREES (données 2012 jointes en annexe). L'activité est recensée en termes de « séances » constituées de demi-journées d'ouverture de locaux, quels que soient les professionnels présents, en nombre de consultations effectuées au cours de ces séances (par un médecin ou une sage-femme), en nombre de femmes ayant bénéficié d'au moins une consultation et en nombre de femmes ayant bénéficié d'au moins une visite à domicile.

- 74% des actions sont réalisées en régie directe (directement par et dans les services de PMI) ;
- 79 000 séances sont organisées (96 départements répondants) ;
- 288 000 consultations sont réalisées (98 départements répondants) ;
- 87 500 femmes ont bénéficié d'au moins une visite à domicile (VAD) ¹⁹ soit 46% de l'activité ;
- 26 000 séances d'actions collectives ont été réalisées (action d'accompagnement en matière d'allaitement par exemple) ;
- 51 000 femmes ont bénéficié de l'entretien prénatal précoce, ce qui représente 6,3% des femmes suivies en PMI (5, 4% en 2009) ;

19 Les données issues de l'enquête DREES 2012 se rapportent à l'activité totale des sages-femmes, y compris en postnatal, alors que l'enquête nationale périnatale 2010 ne prend en compte que l'activité en prénatal des sages-femmes.

Les résultats de l'enquête nationale périnatale de 2010 indiquent que 14,7 % des femmes ont eu au moins une visite à domicile pendant la grossesse. Les visites étaient réalisées par une sage-femme libérale (8,4 %) ou par une sage-femme de PMI (5,8 %). Cette répartition suggère qu'une large part des visites à domicile est effectuée pour un suivi de complications plutôt que pour assurer un soutien aux femmes les plus vulnérables. L'organisation d'un suivi à domicile est plus fréquente qu'en 1998, où 9,8 % des femmes déclaraient avoir eu au moins une visite.

c) Le déroulement des missions

L'activité de la protection maternelle est organisée en :

- consultations pré et postnatales en structure de PMI assurées par des médecins, gynécologues et sages-femmes selon les recommandations (établissement de la déclaration de grossesse, consultations mensuelles, prescription des examens complémentaires obligatoires et conseillés,...),
- en visites à domicile pré et postnatales assurées par les sages-femmes et, dans certains cas, conjointement avec les puéricultrices, soit en prévention primaire (selon les critères de risque médicaux, psychologiques et sociaux apparaissant sur les déclarations de grossesse transmises par la CAF), soit en prévention secondaire sur demande de différents partenaires.

Des difficultés sont signalées pour la mise en œuvre de ses missions par le service de PMI.

Il est constaté régulièrement un déficit de collaboration avec les nombreux professionnels de santé intervenant en périnatalité, ce qui impacte de manière négative la prise en charge et l'accompagnement des femmes enceintes.

Au niveau médical, lorsque des collaborations existent, elles relèvent généralement trop souvent d'initiatives locales issues de la bonne volonté et des bonnes relations entre un établissement de santé ou un professionnel libéral et un professionnel du service de PMI.

Ce déficit de partenariat se traduit par des ruptures dans la prise en charge des femmes entre le moment où elles déclarent leur grossesse auprès d'un professionnel en libéral et le moment où elles sont effectivement prises en charge dans la maternité où elles accoucheront. En effet, les médecins traitants, lorsqu'ils effectuent une déclaration de grossesse n'orientent pas nécessairement les femmes vers le service de PMI lorsque la situation le nécessite.

Les partenariats à tisser sont nombreux et dépassent largement le strict cadre du suivi médical : équipe obstétricale, assistants sociaux et professionnels compétents sur le plan psychologique ou psychiatrique dans les maternités, les réseaux de santé en périnatalité, les services sociaux (maternité, conseil général, scolaire...), les associations d'aide à domicile (TISF), les associations d'interprétariat, de médiation sanitaire, les centres médico-sociaux des villes, les CMP enfants et adultes, les libéraux (sage-femme, médecin, laboratoire d'analyses de biologie médicale,...).

Dans une moindre mesure viennent ensuite les réseaux périnatalité (hors réseaux de proximité), l'aide sociale à l'enfance, les services sociaux des collèges et des lycées, les centres de dépistage des IST, de la tuberculose, les services d'orthogénie, les services de soutien à la parentalité, les associations de lutte contre les violences faites aux femmes, de lutte contre les addictions, associations d'aide aux migrants, Médecins du monde,....

Les relations entre services de PMI et établissements de santé privés sont très variables.

Le carnet de santé de maternité pourrait servir de document de liaison entre professionnels. Mais certains conseils généraux ne le délivrent pas aux femmes, bien que le code de la santé publique en

prévoit l'obligation. De surcroît, malgré l'intérêt qu'il présente, tant pour les femmes que pour les professionnels, il est peu rempli par les professionnels (hospitaliers et libéraux) lorsqu'il est délivré. Il est en général peu utilisé sauf par les services de PMI.

Les liens avec les laboratoires d'analyse de biologie médicale pour réaliser ou faire réaliser les bilans sanguins nécessaires à la surveillance prénatale ne semblent pas poser de difficultés. L'organisation peut différer selon les départements, l'un disposant d'un laboratoire départemental, d'autres passant une convention avec un LABM.

d) Quelques pistes de réflexion, au regard du contexte

Le contexte dans le champ de la périnatalité évolue sans cesse :

- **Impact de la restructuration des maternités, engagée dans le cadre des plans de périnatalité²⁰, sur les modalités de prise en charge des femmes :**

La mise en œuvre des décrets de périnatalité (application de normes et organisation des maternités en trois types) a contribué à réduire le nombre de maternités de type 1, en particulier celles du secteur privé, ayant une faible activité. Cette restructuration des maternités²¹ (535 en 2010 contre 679 en 2001²²) a entraîné une concentration des accouchements sur des sites ayant une activité plus importante : les maternités de type 2 et 3 prennent en charge une plus grande part des accouchements en 2010 qu'en 2001.

Cette nouvelle organisation peut avoir un impact sur les modalités de prise en charge des femmes enceintes. C'est ainsi que le suivi prénatal n'est pas toujours proposé dès le début de la grossesse au sein de la maternité dans laquelle la femme accouchera. La proportion de femmes qui ont eu uniquement des consultations prénatales à la maternité ou avec un membre de l'équipe médicale de la maternité était de 35,6 % en 2010²³. Les modalités de prise en charge des femmes pendant la période prénatale s'en trouvent alors modifiées, certaines d'entre elles se tournant vers la structure PMI de proximité, ce qui en accroît la charge de travail.

Ce transfert d'activité survient pour le service de PMI dans un contexte parfois tendu : disparités d'un territoire à l'autre en termes d'effectifs, de postes vacants, démographie défavorable, nécessité d'avoir à prioriser certaines activités au détriment d'autres (visites à domicile de prévention des sages-femmes).

²⁰ 1995, 2005

²¹ Etudes et Résultats : « Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures », n° 814 octobre 2012

²² Données France métropolitaine

²³ Enquête nationale périnatale 2010

- **La coordination des nombreux acteurs intervenant dans le cadre périnatal reste insuffisante :**

Ce déficit de partenariat évoqué précédemment est d'autant plus dommageable que la coordination des intervenants (et des interventions) auprès d'une femme enceinte est essentielle. Qu'il s'agisse des établissements de santé publics et privés, des médecins et des sages-femmes libérales, du service de PMI, du réseau de santé en périnatalité mais également d'autres professionnels comme les infirmières et puéricultrices, les assistantes sociales, les psychologues...

Il n'est pas constaté dans le cadre de ce groupe de travail d'amélioration notable au fil des années de la prise en compte de la spécificité du travail mené en PMI par les autres acteurs du champ périnatal.

- Ainsi, l'existence de liens tissés entre les services de PMI et avec les services d'obstétrique reste très perfectible, notamment au vu des expériences rapportées en Ile-de-France.
- De manière générale, les professionnels de PMI ont peu de retours sur le suivi des femmes adressées et suivies, soit en établissement de santé, soit en ville.

Depuis la publication en 2006 d'un cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité, ceux-ci sont chargés de coordonner le suivi et la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés, d'informer et de former les professionnels de tous les secteurs. L'implication des services de PMI au sein des réseaux semble inégale, certains participant activement, d'autres pas comme cela a été exposé dans le cadre des échanges avec la plateforme.

- **Les caractéristiques sociales des femmes ont évolué comme le montrent les résultats de l'enquête nationale périnatale réalisée en 2010 :**

Plusieurs indicateurs montrent que la situation s'est dégradée pour les groupes les plus vulnérables, avec par exemple une hausse du chômage chez les conjoints, passant de 5,9 % à 8,5% de 2003 à 2010 parmi les femmes enquêtées. Cette évolution est de nature à créer un accroissement des inégalités sociales en matière de surveillance prénatale, de prévention et de santé à la naissance.

Si le profil des femmes suivies en PMI ne semble pas différent de celui de l'ensemble des femmes enceintes car elle reçoit des femmes de toutes les catégories socioprofessionnelles, il convient de souligner que le service de PMI concentre néanmoins un certain nombre de femmes qui sont confrontées à des situations difficiles, qui n'ont par exemple pas de couverture sociale.

Une cinquième enquête nationale périnatale est en cours de préparation. Elle permettra de suivre et d'analyser l'évolution de l'état de santé des femmes et de l'enfant, ainsi que l'évolution des pratiques professionnelles. Elle se déroulera en mars 2016.

4.1.4. La santé de l'enfant

a) Rappels des missions

Dans le domaine de la santé de l'enfant, le service départemental de PMI réalise des consultations et des actions de prévention médico-sociale, notamment à domicile, en faveur des enfants de moins de six ans, ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, le plus souvent en école maternelle. Il contribue ainsi aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage et oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées.

Lorsqu'un handicap a été suspecté, décelé ou signalé, les personnes titulaires de l'autorité parentale sont informées, dans le respect des règles déontologiques, de la nature de ce handicap et de la possibilité pour l'enfant d'être accueilli dans des Centres d'Action Médico-sociale Précoce en vue de prévenir ou de réduire l'aggravation de ce handicap.

En ce qui concerne les modes d'accueil de la petite enfance, il donne une autorisation ou un avis²⁴ sur les établissements et services d'accueil de la petite enfance et en assure une mission de contrôle. Il est chargé de l'agrément et du suivi des assistant(e)s maternel(le)s ainsi que des actions d'information et de formation de ceux (celles)-ci, et également de l'agrément des assistantes familiales.

Il participe aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être.

Il assure l'édition et la diffusion du carnet de santé et des certificats de santé de l'enfant et le traitement des données épidémiologiques recueillies.

b) Les données chiffrées : activités, statistiques.

Suivant les statistiques annuelles traitées par la DREES, 714 000 enfants de moins de six ans ont bénéficié en 2012 d'au moins une consultation, ce qui représente une légère diminution (3%) depuis 2009. Entre 2009 et 2012, on constate une augmentation du nombre de séances offertes (demi-journées d'ouverture des locaux quel que soit le personnel présent), dont 93% en régie directe, mais une baisse du nombre de consultations²⁵. Les statistiques ne donnent pas une connaissance suffisante de l'activité, hors consultation, lors de ces séances - part des actes des puéricultrices, des actions collectives, de l'accueil des familles, ou simple ouverture administrative - qui mériterait d'être mieux explorée. Les actes des puéricultrices lors des séances de protection infantile restent insuffisamment connus et valorisés. Ainsi le recueil des données par la DREES, bien que la question soit posée, ne recueille pas d'informations exploitables.

Sur la même période, les bilans de santé des 3-4 ans (hors Paris²⁶) ont augmenté de 3% et les visites à domicile diminué de 5%. En 2012, 380 000 enfants ont bénéficié d'au moins une visite à domicile (VAD).

²⁴ Selon que le gestionnaire est privé ou public

²⁵ En 2012 : 297 000 séances offertes, 1,9 millions de consultations

²⁶ Qui n'a pas fourni les données correspondantes

Ce sont essentiellement les enfants les plus jeunes qui sont reçus en PMI. Selon l'IGAS en 2006, la PMI suivait 20% des enfants de moins de six ans, mais 50% des enfants de moins de 1 an. La répartition des publics fréquentant effectivement les consultations de protection infantile dépend beaucoup des implantations et est globalement mal connue²⁷. La plate-forme fait état de plusieurs enquêtes réalisées par la PMI dans 4 villes ou départements qui retrouvaient 50 à 60 % d'enfants d'ouvriers/employés, environ 25% d'enfants de classe moyenne et 12 à 16 % d'enfants de cadres supérieurs.²⁸

c) **Le déroulement des missions**

Les missions sont effectuées dans un cadre pluridisciplinaire. Les puéricultrices ont un rôle propre très important auprès des familles. Ce sont elles qui réalisent les visites à domicile (parfois en lien avec la sage-femme). La coordination des interventions du "binôme" médecin et puéricultrice, chacun dans son champ de compétence et à des temps différents ou communs, constitue une condition essentielle du bon déroulement du suivi des enfants et des familles.

Lors des consultations, la fonction d'accueil est très importante, dans la manière de se présenter, de s'adresser aux personnes reçues avec une écoute bienveillante et un langage favorisant le dialogue. Les familles ont de fortes attentes, les professionnels de santé constituent des repères pour les familles. Ils travaillent sur le renforcement de la compétence des parents en termes de prévention pour leur enfant une fois le lien de confiance instauré. Ils notent que pour un grand nombre de familles primo-arrivantes, la PMI est la première entrée dans le système de soins, un ancrage qui s'opère via l'enfant. C'est aussi un des rares lieux où la famille peut s'exprimer sur ses difficultés, notamment dans sa relation avec l'enfant. Les associations remarquent aussi que généralement les familles en situation de très grande pauvreté ne vont pas spontanément à la PMI et ne formulent pas de demandes explicites (difficultés d'accès, de confiance, ...). Il faut donc mobiliser des relais, notamment associatifs pour les soutenir et les accompagner vers les dispositifs de PMI voire pour faire le lien avec d'autres structures sociales ou de soin. Ces postures et attitudes impliquent une formation adaptée des professionnels à ces enjeux et représentations des familles.

Au quotidien, les partenaires de la protection infantile sont multiples et s'inscrivent dans de nombreux champs du système de santé et au-delà. Le lien avec l'ensemble du champ du social, les associations, les lieux d'accueil de la petite enfance, l'école joue un rôle essentiel dans une approche préventive (avant d'être curative) de la santé et du développement de l'enfant dans son environnement.

d) **Quelques pistes de réflexion, au regard du contexte**

Le service de PMI exerce des missions essentiellement préventives avec dans certains cas un prolongement curatif, mais doit jouer un rôle dans la coordination du **parcours de santé de l'enfant**.

²⁷ Les données issues des deuxième et troisième certificats de santé sont difficilement interprétables en raison des données manquantes

²⁸ Selon l'INSEE : « Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle en 2012 », les chiffres en France métropolitaine sont de 28,4% pour ouvriers/employés et 9,6% pour les cadres supérieurs

Pour la coordination des prises en charge, les partenariats avec les structures de santé (hôpital, pédopsychiatrie, santé scolaire...) et du médico-social (CAMSP, CMPP) sont en grande partie tributaires des réseaux et structures locales. Ils sont favorisés par toutes les occasions de rencontres et de décloisonnements (des formations, l'exercice mixte de certains professionnels) ainsi que des protocoles autour de certaines thématiques. Des liaisons plus institutionnelles existent aussi (fiches de liaison entre services de PMI et de santé scolaire après le bilan de 4 ans à l'école maternelle). Le lien avec le médecin de ville, généraliste ou pédiatre peut être direct, mais est souvent réalisé par les parents et par le carnet de santé. Cependant, celui-ci n'est pas aussi investi par les libéraux que par les médecins de PMI. Il est rarement rempli par les autres spécialistes. Les questions de prise en charge après les dépistages sont très dépendantes des circuits locaux et de leur accessibilité (dépassements d'honoraires, délais d'attente). Lorsque l'enfant, vu en bilan à l'école, n'est pas suivi en PMI, il est difficile de savoir quelle prise en charge a été réellement effectuée et si le lien a bien été réalisé par les parents avec le médecin de l'enfant, malgré les dispositifs de retour écrit d'information mis en place par certains départements.

Le besoin de donner un cadre à la coopération de l'ensemble des acteurs, dont le service de PMI, apparaît indispensable dans une logique de service territorial de santé.

En ce qui concerne le soutien à la parentalité, les professionnels de PMI ont pu observer une évolution des demandes des parents : un sentiment d'hyper responsabilisation des parents, une tendance à la sur stimulation des petits. Un grand nombre de parents apparaissent désorientés et ont des besoins d'écoute et de soutien. Cependant, il est important de noter que toutes les évolutions ne sont pas négatives, ainsi, un changement d'attitude s'observe chez les parents qui n'acceptent plus d'être en situation passive de recevoir des conseils ou des préconisations, ils demandent à être partie prenante des décisions prises (exemple : les vaccins).

Le service de PMI contribue à la protection de l'enfance. La loi du 5 mars 2007²⁹ a fait de la prévention un volet à part entière de la protection de l'enfance. Les professionnels de PMI ont constaté que, depuis, les équipes étaient beaucoup plus sollicitées pour intervenir au titre de la protection de l'enfance notamment pour des évaluations d'informations préoccupantes. Cela a eu deux types de conséquences pour les équipes : un surcroît de travail à moyens constants ; une confusion des rôles entre prévention et évaluation sociale mettant les équipes en difficulté lorsqu'elles sont sollicitées pour effectuer des enquêtes sociales auprès des mêmes familles qu'elles suivent par ailleurs dans une relation de soutien. Cela soulève pour ces équipes des problèmes éthiques. Les modalités de travail entre l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et la PMI devraient, à cet égard, être revues.

L'activité relative aux modes d'accueil est très consommatrice de temps, notamment l'agrément et le suivi des assistantes maternelles par les puéricultrices, sans remettre en cause leur compétence dans ce domaine.

29 Loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance

4.2. Les professionnels

4.2.1. Les métiers

Pour chaque profession de santé, le code de la santé publique définit le champ de compétences considéré comme valable quel que soit le mode d'exercice.

Le code de la santé publique prévoit que les services départementaux de PMI comprennent « des personnels qualifiés, notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique ».

Trois métiers de santé sont présents dans tous les services de protection maternelle et infantile. Il s'agit des médecins³⁰, des sages-femmes et des puéricultrices (et infirmières). Le code de santé publique prévoit que le département doit disposer d'une sage femme³¹ pour 1500 naissances³² et d'une puéricultrice pour 250 enfants³³. En cas d'impossibilité de recruter des puéricultrices, le service peut faire appel à des infirmières ayant acquis une expérience appropriée. De plus, le CSP prévoit également que chaque CPEF doit disposer d'une conseillère conjugale³⁴.

En 2012, les départements³⁵ employaient 2088 médecins, 4184 puéricultrices, 1342 infirmières et 1003 sages-femmes (ETP-source DREES). L'évolution depuis 2009 objective les difficultés de recrutement pour les médecins dont le nombre en ETP diminue de 2352 à 2088. Les disparités territoriales, déjà signalées par l'IGAS en 2006, ont été rappelées au cours de ces travaux. Un examen des données brutes (sur 76 départements) semble les confirmer³⁶. Une analyse plus fine sur l'ensemble des départements serait nécessaire.

En ce qui concerne les DOM, on constate un plus grand recours au recrutement d'infirmières, les ETP se répartissant à peu près également entre puéricultrices et infirmières, ce qui n'est pas le cas en métropole où la répartition est de 78%/22%.

Pour les autres professionnels appartenant au champ de la santé ou du social, les pratiques de recrutement paraissent encore plus hétérogènes. Ainsi, on compte 910 ETP pour les auxiliaires de puériculture, 350 pour les conseillères conjugales, 530 pour les psychologues, 270 pour les éducatrices de jeunes enfants. (Source DREES, 2012). Mais l'analyse des données brutes disponibles pour 2011 de 76 départements³⁷ montre que 50 départements ne déclarent aucun ETP d'auxiliaire de puériculture, 28 aucun ETP de conseillers conjugaux³⁸, 33 aucun ETP de psychologue³⁹. Les psychologues, qui ne sont pas des professionnels de santé, ont souvent un statut précaire (60% ne sont pas titulaires).

Là où les auxiliaires de puériculture sont présentes, elles jouent un rôle stratégique, notamment dans l'accueil, l'information et l'accompagnement des familles. Elles interviennent en équipe avec le

³⁰ Il n'y a pas de normes pour le nombre de médecins recrutés mais des normes concernant l'organisation des consultations

³¹ Equivalent temps plein

³² Enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente

³³ Enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente

³⁴ Article R.2311-9 du CSP

³⁵ France entière hors Mayotte

³⁶ Voir le compte-rendu du 18 juin

³⁷ DREES : L'enquête sur les services de PMI

³⁸ Parmi ceux-ci, 12 ne déclarent aucune vacation de conseiller conjugal

³⁹ Parmi ceux-ci, 19 ne déclarent aucune vacation de psychologue

médecin et la puéricultrice. Leurs compétences s'appuient souvent sur une expérience professionnelle antérieure variée. Le fait qu'elles ne soient pas présentes dans tous les départements laisse à penser que ces compétences sont insuffisamment connues et valorisées.

Un autre élément à prendre en compte est l'augmentation de la charge de travail des professionnels liée, d'une part, à l'élargissement de missions à effectif constant, telle que la plus grande sollicitation de la PMI pour les demandes d'évaluation des situations préoccupantes à la suite de la loi de 2007⁴⁰, d'autre part, au report des établissements de santé vers la PMI de certains suivis prénatals et postnatals, notamment pour des sorties précoces.

La question des recrutements en PMI est rendue plus compliquée par la démographie des professions de santé et par le renouvellement à prévoir des agents partant en retraite.⁴¹

Les enjeux relatifs à la formation et à l'attractivité de l'exercice en PMI sont donc cruciaux.

4.2.2. Les enjeux de la formation

Les enjeux de la formation se retrouvent à tous les niveaux.

La formation initiale des professionnels de santé n'est pas spécifique à un exercice mais à une profession. Pour l'ensemble des professions de santé, la part donnée à la prévention paraît de manière générale insuffisamment développée. La formation des médecins généralistes en pédiatrie reste peu importante, la formation actuelle des infirmières ne comporte plus de santé de l'enfant. Depuis 2006, un processus de « réingénierie » des programmes de formation des professions paramédicales est en cours afin d'entrer dans le processus des accords de Bologne (LMD) et de mieux appréhender les métiers et leurs évolutions. Des référentiels d'activités et de compétences ont été élaborés : ils constituent le préalable au référentiel de formation. Les référentiels de compétences sont rédigés en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et fournissent une bonne analyse de ce que sont les métiers. L'accession au diplôme par voie de VAE (validation des acquis de l'expérience) existe pour les IBODE mais pas pour les puéricultrices.

Ce chantier de réingénierie est à des degrés d'avancement différents. Les référentiels des auxiliaires de puériculture sont publiés. Pour les puériculteurs/trices, les textes sont prêts mais pas encore publiés. Par ailleurs, en ce qui concerne ces dernières, plusieurs écoles – dépendant des conseils régionaux- auraient fermé au cours des dernières années.

La formation d'adaptation à l'emploi (FAE) est insuffisante, ainsi la FAE des médecins territoriaux qui était de trois mois n'est plus que de 5 jours⁴².

Les conseillères conjugales ont des formations et des parcours professionnels antérieurs très variés. Pour certain(e)s, la formation obligatoire (480 heures) n'est pas suffisante. Des compléments de formation leur permettraient d'acquérir de nouvelles compétences.

⁴⁰ Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance

⁴¹ Selon le CNFPT 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

⁴² A noter qu'en février 2014, une nouvelle loi sur la formation tout au long de la vie a ramené à 1% le taux de cotisation des collectivités territoriales au Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT)

Les dispositions du DPC sont mal connues, tant des conseils généraux employeurs que de la plupart des professionnels territoriaux. Celui-ci, selon les textes, doit être financé sur les crédits de la formation continue. L'employeur doit veiller à permettre que ses agents y aient accès : financement, temps dédié.

En ce qui concerne les professionnels de PMI, leurs besoins sont de deux ordres : à la fois des formations pluridisciplinaires sur des thématiques liées à la PMI et l'accès à des formations communes avec des professionnels d'exercice différent.

4.2.3. Attractivité dans la fonction publique territoriale : statuts, recrutements

Dans un contexte tendu de démographie de certaines professions de santé, les recrutements sont rendus plus difficiles du fait d'un manque d'attractivité perçu de la fonction publique territoriale. Les cadres d'emplois (malgré une amélioration récente des cadres d'emploi des médecins et puéricultrices⁴³) restent moins attractifs dans l'ensemble que ceux de la fonction publique d'Etat ou de la fonction publique hospitalière (FPH). La plate-forme est porteuse d'un certain nombre de demandes :

- revalorisation statutaire de l'ensemble des professionnels intervenant en PMI ;
- amélioration de la fréquence des concours (notamment pour les sages-femmes et les psychologues) en veillant à un contenu plus pertinent au regard des fonctions exercées ;
- création d'un statut de conseiller(e)s conjugaux (les) ;
- résoudre les problèmes d'inscription au tableau de l'Ordre des Médecins que rencontrent certains des médecins de PMI pour la reconnaissance d'une spécialité ;
- revalorisation des tarifs des vacations.

5. Perspectives:

Plusieurs mesures et pistes d'évolution se dégagent des propositions de la plateforme. Elles pourraient enrichir la stratégie nationale de santé. Elles s'inscrivent dans une logique de concertation qui doit se poursuivre avec l'ensemble des acteurs, professionnels et institutionnels, intervenant sur les questions de santé sexuelle, de santé périnatale et de l'enfant. Certaines questions identifiées, notamment celles qui portent sur l'attractivité des métiers, le financement et les statuts des professionnels et certains aspects de la formation relèvent du champ d'un travail interministériel.

⁴³ Décret n° 2014-922 du 18 août 2014 portant statut particulier du cadre d'emplois des médecins territoriaux ; Décret n° 2014-923 du 18 août 2014 portant statut particulier du cadre d'emplois des puéricultrices territoriales.

5.1. Pilotage national, régional et local

- Redéfinir une politique nationale de santé périnatale, de l'enfant⁴⁴ et de la famille, avec la création d'une instance nationale pour la promotion et la protection de la santé familiale et infantile placée auprès du ministre chargé de la santé. Cette institution serait chargée d'évaluer les besoins, d'impulser les orientations des politiques nationales de santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille.
- Animer cette politique au niveau national. Favoriser des échanges et/ou: rencontres interprofessionnels sur ces thématiques.
- Assurer, selon une approche globale de la santé et de ses déterminants, le lien avec les politiques sociales et éducatives au niveau national, régional, et du territoire d'action et notamment le lien avec les missions d'aide sociale à l'enfance et d'action sociale en faveur des enfants, des jeunes et des familles.
- Décliner une composante "santé de la famille et de l'enfant " dans le service territorial de santé au public en l'inscrivant dans la loi de santé.
- Définir un niveau de rattachement institutionnel des missions assurées par les services assurant les missions de PMI en fonction des évolutions apportées par la réforme territoriale. Ce niveau sera déterminé en tenant compte de seuils critiques pertinents en termes d'effectifs de population. L'organisation retenue devra prendre en compte la nécessité de définir des politiques locales de santé cohérentes, articulées aux politiques sociales et dotées des moyens adéquats à leur réalisation.

5.2. Réaffirmer et garantir le maintien des missions confiées aux services départementaux de PMI

- Inscrire dans la loi de santé le rôle des services de PMI assurant les missions prévues par le code de la santé publique confiées aux services départementaux de PMI dans le service territorial de santé au public. L'objectif est de permettre d'associer *le dispositif de PMI à une instance publique formalisant une coopération locale*, dans un cadre fonctionnel, avec tous les acteurs de santé intervenant dans ce champ. Mieux articuler les soins préventifs réalisés en PMI et planification familiale avec les soins dispensés par les autres acteurs du système de santé et du social tout en préservant les liens étroits construits avec les acteurs agissant sur les versants sociaux et éducatifs ;
- Doter les services de PMI de professionnels en nombre suffisant pour remplir leurs missions ;

⁴⁴ Il s'agit de l'enfant au sens des textes internationaux, c'est-à-dire jusqu'à 18 ans

- Maintenir un médecin à la direction du service de PMI ;
- Respecter les normes de professionnels existant ;
- Reconnaître la place de professionnels non mentionnés en tant que tels dans les articles du code de la santé publique relatifs au service départemental de PMI (psychologues, psychomotriciens, auxiliaires de puéricultures...).

5.3. Améliorer l'attractivité de l'exercice en PMI

- Revaloriser les statuts des professionnels exerçant en PMI ;
- Ouvrir les postes vacants aux concours de la fonction publique territoriale ;
- Créer un statut pour les conseillères conjugales et familiales ;
- Créer des passerelles entre les différentes fonctions publiques en cours de carrière ;
- Revaloriser le tarif horaire des vacations en cas de recours à des vacataires. Aligner le tarif des vacations de médecin sur celui des vacations des centres de santé (38€ brut horaire) ;
- Développer un exercice mixte salarié (Exemple : médecin, sage-femme en PMI /hôpital, PMI/CMS, ...) ;
- Actualiser la réglementation pour permettre le cumul entre exercice public et privé pour les professionnels exerçant des missions de PMI ;
- Résoudre les problèmes d'inscription au tableau de l'Ordre des Médecins que rencontrent certains des médecins de PMI pour la reconnaissance d'une spécialité.

5.4. Améliorer la formation des professionnels

Formation initiale

- Prendre en compte les besoins en médecine de prévention dans la réflexion sur la détermination du numerus clausus ;
- Valoriser la prévention et la promotion de la santé dans tous les cursus de formation initiale des professionnels de santé, particulièrement tous ceux qui sont susceptibles d'exercer en PMI ;
- Développer les stages en services de PMI pour les professionnels en formation initiale ;
- Finaliser la réingénierie du diplôme de puéricultrice ;

- Documenter la réalité et l'impact de la fermeture d'écoles de puéricultrices (qui relève des conseils régionaux).

Formation d'adaptation à l'emploi

- Rétablir les conditions antérieures pour l'adaptation à l'emploi des médecins, avec des contenus préparant réellement aux emplois occupés (associant les dimensions cliniques, de santé publique, d'administration et d'encadrement).

Formation continue

- Développer un dispositif de DPC adapté aux besoins des professionnels exerçant en PMI et en assurer l'accès : temps dédié et financement. Ces formations devront prendre en compte le besoin de formations communes avec des professionnels ayant d'autres modes d'exercice, ainsi que des formations pluridisciplinaires thématiques ;
- Accompagner tout élargissement de compétence des professionnels en poste par des formations adaptées ;
- Développer des formations complémentaires pour les conseillères conjugales et familiales ;

5.5. Consolider le financement de la PMI

- Reconnaître l'activité de prévention par un financement spécifique forfaitaire des activités collectives, de l'exercice pluridisciplinaire en PMI et de la coordination avec les partenaires ;
- Inscrire à la nomenclature les actes de puéricultrice et de psychologue : en prévoir le remboursement au conseil général par l'Assurance maladie.

5.6. Améliorer le recueil des données en matière d'activité des services de PMI et de données concernant les mères et les enfants :

- Améliorer le recueil des données d'activité de l'ensemble des départements, incluant les DOM (activité, professionnels...) ;
- Améliorer le recueil des certificats de santé des enfants ;
- Participation des services de PMI à la future enquête nationale périnatale 2016.

5.7. Améliorer la coordination des intervenants dans le champ de la promotion et de la protection maternelle et infantile sur son territoire

- Développer et formaliser la coordination en planification, santé périnatale et de l'enfant, avec les différents acteurs de la médecine de ville et avec les établissements de santé notamment dans le cadre du STSP (cf. point 5.2, 1^{er} alinéa) ;

- Formaliser les partenariats pour développer les actions d'éducation sexuelle notamment avec l'éducation nationale ;
- Inciter au développement des coopérations entre les CPEF et les établissements de santé autorisés en gynécologie-obstétrique ou chirurgie afin de faciliter l'accès au plateau technique pour les femmes en attente d'IVG, et faciliter le développement de l'IVG médicamenteuse en CPEF ;
- Promouvoir la place du service de PMI au sein des réseaux de santé en périnatalité et inciter les conseils généraux et les professionnels de santé de PMI à participer au fonctionnement de ceux-ci ;
- Renforcer la lisibilité des activités de « santé sexuelle et reproductive » par l'amélioration des collaborations entre CPEF, CDAG, CIDDIST. Cela pourrait s'envisager notamment par une mutualisation de ces activités ;
- Renforcer les collaborations entre les acteurs intervenants dans le domaine de l'éducation à la sexualité et plus largement dans le champ de la santé sexuelle, notamment les CPEF et EICCF