



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)

Entrevue du 14 janvier 2015 avec le ministère de la santé

PROPOSITIONS CONCERNANT LE PROJET DE LOI SANTE

➔ Article 1^{er} relatif à la stratégie nationale de santé

"I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Dans le titre du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre IV de la première partie, le mot : « publique » est supprimé ;

2° L'article L. 1411-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 1411-1. – La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun.

« La politique de santé relève de la responsabilité de l'État.

« Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins. Elle est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé définie par le Gouvernement dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. La stratégie nationale de santé détermine, de manière pluriannuelle, des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie.

« La politique de santé comprend :

« 1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants, notamment ceux liés aux conditions de vie et de travail ;

« 2° La promotion de la santé dans tous les milieux de vie et la réduction des risques pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de vie susceptibles de l'altérer ;

« 3° La prévention collective et individuelle des maladies, des traumatismes, des pertes d'autonomie, notamment par l'éducation pour la santé ;

« 4° L'organisation de parcours de santé coordonnés assurant l'accessibilité, la qualité, la sécurité des soins et des services et produits de santé, ainsi que l'efficacité de leur utilisation en médecine ambulatoire et en établissement, pour la population sur l'ensemble du territoire ;

« 5° La prise en charge collective des conséquences financières et sociales de la maladie et de l'accident par le système de protection sociale ;

« 6° La préparation et la réponse aux alertes et crises sanitaires ;

« 7° La production, l'utilisation et la diffusion des connaissances utiles à son élaboration et à sa mise en œuvre ;

« 8° La promotion des activités de formation, de recherche et d'innovation dans le domaine de la santé ;

« 9° L'information de la population et sa participation, directe ou par l'intermédiaire des associations, aux débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires et aux processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de santé.

« Préalablement à l'adoption ou à la révision de la stratégie nationale de santé, le Gouvernement procède à une consultation publique selon des modalités prévues par décret en Conseil d'État. Cette consultation porte sur les objectifs et les priorités du projet de stratégie nationale de santé.

« La stratégie nationale de santé fait l'objet, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, d'un suivi annuel et d'une évaluation pluriannuelle, dont les résultats sont rendus publics. » ;

3° L'article L. 1411-1-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 1411-1-1. – Les actions de promotion de la santé reposent sur la concertation et la coordination de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé. » ;

4° L'article L. 1411-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 1411-2. – Les organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie concourent à la mise en œuvre de la politique de santé et des plans et programmes de santé qui en résultent, dans le cadre de leurs compétences et dans le respect des conventions les liant à l'État.

« Ils poursuivent les objectifs, définis par l'État et déclinés par les agences régionales de santé, visant à garantir la continuité, la coordination et la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'une répartition territoriale homogène de l'offre de services de prévention et de soins. » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 1411-3, les mots : « lors de la préparation du projet de loi définissant les objectifs de la politique de santé publique mentionnés à l'article L. 1411-2 » sont remplacés par les mots : « lors de l'élaboration de la stratégie nationale de santé » ;

6° Le 1° de l'article L. 1411-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1° De contribuer à l'élaboration, au suivi annuel et à l'évaluation pluriannuelle de la stratégie nationale de santé ; »

7° À l'article L. 1431-2, les mots : « politique de santé publique définie en application des articles L. 1411-1-1 et L. 1411-2 » sont remplacés par les mots : « politique de santé définie en application de l'article L. 1411-1 ».

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les troisième et quatrième alinéas de l'article L. 111-2-1 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« En partenariat avec les professionnels de santé et les associations agréées sur le fondement des dispositions de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, les organismes gestionnaires des régimes d'assurance-maladie concourent à la mise en œuvre de la politique nationale de santé définie par l'État dans les conditions prévues à l'article L. 1411-2 du même code. » ;

2° Au treizième alinéa de l'article L. 161-37, les mots : « tient compte des objectifs pluriannuels de la politique de santé publique mentionnée à l'article L. 1411-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « tient compte des domaines d'action prioritaires et des objectifs de la stratégie nationale de santé mentionnée à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 182-2, les mots : « de la politique de santé publique et » sont remplacés par les mots : « de la politique de santé et des plans et programmes de santé qui en résultent ainsi que ».

Proposition n°1 :

Nombre d'acteurs (Conseil Economique, Social et Environnemental, Conférence nationale de santé, IGAS, Société française de pédiatrie... - cf. citations ci-après) ont rappelé ces dernières années l'importance de préserver et de développer des services de PMI disposant des moyens d'assurer la plénitude de leurs missions.

Ainsi le CESE, dans son avis sur la PMI du 14 octobre 2014, a indiqué : "Pour le CESE, l'action sanitaire des PMI devrait s'inscrire dans une stratégie nationale définie afin de fixer les grandes orientations et les objectifs attendus. L'un des axes du projet de loi relatif à la santé est d'ailleurs de poser le principe de la responsabilité de l'État dans la conduite de la politique de santé." (...) **Préconisation 1 : Clarifier et intégrer les missions de la PMI notamment de prévention dans le projet de loi relatif à la santé.** L'objectif est de repositionner la PMI comme un outil de mise en œuvre d'une stratégie nationale de santé qui donne la priorité à la prévention, à la proximité et à la réduction des inégalités. Dans le projet de loi relatif à la santé, la prévention et la promotion de la santé sont des socles de la politique de santé. Il s'agit de s'attaquer aux inégalités de santé et d'installer la notion de parcours de santé dans le cadre d'une prise en charge de proximité et de continuité. Or, à ce stade, ce projet de loi n'évoque pas la PMI comme l'un des acteurs de la prévention dès le plus jeune âge. Dans cette perspective, la PMI doit se voir clairement assigner des objectifs de santé publique et être pleinement intégrée au service territorial de santé au public ; comme l'a déjà précisé la Conférence nationale de santé dans son avis sur le projet de loi de santé. Le respect de ces objectifs suppose la déclinaison de priorités locales et l'affectation de moyens humains et budgétaires y afférents."

L'exposé des motifs de la loi indique d'autre part que " la politique de santé se présente comme une démarche d'intégration de l'ensemble des actions et des dispositifs concourant à la protection de la santé", que la "« promotion de la santé », complémentaire de l'investissement dans la prévention et l'éducation pour la santé, est dorénavant inscrite au fronton des finalités de la politique de santé" et que "C'est dès l'enfance, et en particulier à l'école, que se joue l'égalité des chances en matière de santé. L'ambition de réduction des inégalités sociales de santé, que les objectifs de la loi de 2004 ne faisaient qu'évoquer, doit permettre d'intégrer une approche multisectorielle des déterminants de la santé pour promouvoir la santé dans tous les milieux de vie".

Dans ce sens il est tout à fait décisif que la loi mentionne la contribution des grands services de prévention collective à la politique nationale de santé dans le cadre des missions qui leur sont imparties, à savoir la protection maternelle et infantile, la santé scolaire et la santé au travail.

C'est pourquoi nous proposons de compléter le I. de l'article 1^{er} du projet de loi par un 8°) visant à inscrire dans le code de la santé publique un article L. 1411-11-1 nouveau :

8°) Après l'article L. 1411-11 est inséré un article L. 1411-11-1:

Les services de protection maternelle et infantile, de santé scolaire et universitaire et de santé au travail contribuent, chacun dans le cadre des missions qui leur sont respectivement imparties, à la politique de santé définie à l'article 1411-1 du code de la santé publique.

Proposition n°2 :

L'exposé des motifs de la loi indique, en terme de "*promotion de la santé à destination des plus jeunes (...) que les actions de promotion de la santé en milieu scolaire sont conduites conformément aux orientations nationales de la politique de santé*". Il précise aussi que "*C'est dès l'enfance, et en particulier à l'école, que se joue l'égalité des chances en matière de santé*". Or force est de constater, en matière d'*orientations nationales et de priorités de la politique de santé*, l'absence actuelle de définition d'une véritable politique de santé de l'enfant et de l'adolescent.

Le Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE), dans son récent avis sur la PMI, préconise à cet égard :

"Etablir une programmation pluriannuelle pour une politique « Santé parents et enfants ».

La future loi de santé peut être l'occasion de donner une base juridique à cette programmation et à la définition d'objectifs nationaux en matière de santé. Le volet prévention devra être particulièrement développé comme le préconise la stratégie nationale de santé. Cette loi devra également définir les fondements d'un partenariat fort entre les conseils généraux, la PMI et l'assurance maladie. Les objectifs ainsi définis devront être assortis d'indicateurs de suivi, articulés avec le plan périnatalité, et être régulièrement réalisés.

Faire évoluer le pilotage national de la politique « Santé parents et enfants ».

Le projet de loi relatif à la santé devrait annoncer les finalités de la politique de santé notamment en termes de promotion de conditions de vie favorables à la santé dans tous les lieux de vie que sont le logement, l'école, le travail ou les transports. Le CESE avait déjà souligné l'importance d'impulser une démarche interministérielle afin de mettre en œuvre une véritable stratégie de prévention.

Le comité interministériel de coordination des politiques gouvernementales en faveur de la santé, inscrit dans l'avant-projet de loi relatif à la santé, répond à cet objectif. Pour le CESE, il pourrait se voir confier le pilotage d'une politique de santé « parents enfants » transversale.

Ce comité pourrait s'appuyer sur l'expertise de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Le rôle de cette commission dans la fixation et le suivi d'objectifs nationaux de santé doit être précisé."

D'autres acteurs comme la Conférence nationale de santé (CNS) déplorent que : "*le projet de loi ne prend pas en compte l'attente formulée de longue date, et notamment depuis le rapport du Pr SOMMELET, de la nécessité de concevoir une politique de santé en matière de périnatalité et de santé de l'enfant et de l'adolescent.*"

L'insuffisance actuelle d'une politique nationale de santé de l'enfant et de l'adolescent a aussi été mise en évidence de longue date dans le rapport du Pr Sommelet, présidente de la

Société française de pédiatrie en 2006, l'étude de l'IGAS sur la PMI en 2006, le rapport de l'IGAS sur les inégalités de santé dans l'enfance en 2011, ...

La nécessité d'instituer une politique nationale de santé de l'enfant et de l'adolescent, digne de ce nom, est en cohérence avec les considérants de la stratégie nationale de santé qui a notamment mis l'accent sur l'importance des enjeux de santé dans le domaine de la périnatalité, de l'enfance et de la jeunesse pour lutter contre les inégalités de santé dès l'origine de leur constitution.

Or la politique de santé de l'enfant est répartie entre l'Assurance-maladie (soins curatifs en ville et à l'hôpital), les Conseils généraux (PMI), l'éducation nationale (santé scolaire)... L'Etat, hormis des plans thématiques ou sectoriels (obésité, autisme, troubles du langage et des apprentissages, périnatalité...) n'impulse plus ni ne régule de politique globale et cohérente de santé en direction des enfants et des adolescents. La stratégie nationale de santé ne trouvera pas de traduction concrète dans ce domaine, à hauteur des ambitions fixées, sans outil pour impulser une telle politique au plan national, avec le concours de l'ensemble des acteurs concernés.

C'est pourquoi nous proposons, sous la forme d'un amendement au projet de loi, que le code de la santé publique mentionne explicitement la politique de santé en faveur des enfants, des adolescents et des familles et que soit instituée une instance nationale de promotion de la santé familiale et infanto-juvénile placée auprès du ministre de la santé et ayant pour mission d'apporter toute contribution au ministre en vue d'impulser nationalement cette politique.

Après le 3°) du I. de l'article 1^{er} du projet de loi (après le 20° §), ajouter un 3° bis) :

3° bis) Il est ajouté après l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique un article L. 1411-1-2 ainsi rédigé :

La politique de santé en faveur des enfants, des adolescents et des familles faisant l'objet de la deuxième partie du code de la santé publique relative à la santé reproductive, droits de la femme et protection de la santé de l'enfant est déterminée et conduite par le gouvernement selon les modalités prévues à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique. Il est créé un Conseil national de promotion de la santé familiale et infanto-juvénile placé sous l'autorité du ministre de la santé et chargé de lui apporter toute contribution en vue d'impulser nationalement cette politique, de garantir l'effectivité de sa mise en œuvre, de coordonner l'action globale de tous les acteurs concernés, et dont la composition et les missions sont fixées par décret.

→ Article 2 relatif au parcours éducatif en santé à l'école :

"L'article L. 121-4-1 du code de l'éducation est complété par un dernier alinéa ainsi rédigé :

« Elle est conduite, dans tous les établissements d'enseignement, conformément aux priorités de la politique de santé et dans les conditions prévues à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique, par les autorités académiques en lien avec les agences régionales de santé. »"

Proposition

L'exposé des motifs de la loi précise : *"cet article s'intéresse à l'école, lieu essentiel de la promotion de la santé à destination des plus jeunes. Il vise ainsi à préciser que les actions de promotion de la santé en milieu scolaire sont conduites conformément aux orientations nationales de la politique de santé."* Nous avons évoqué ci-dessus l'absence actuelle de définition et d'orientations d'une véritable politique de santé de l'enfant et de l'adolescent.

En cohérence avec la proposition d'amendement (p. 4 ci-dessus) visant à remédier à cette carence, nous sommes porteurs de la proposition d'amendement suivant à l'article 2 (en italiques soulignés dans le texte) :

"L'article L. 121-4-1 du code de l'éducation est complété par un dernier alinéa ainsi rédigé :

« Elle est conduite, dans tous les établissements d'enseignement, conformément aux priorités de la politique de santé concernant les enfants et les adolescents mentionnée à l'article L. 1411-1-2 du code de la santé publique et dans les conditions prévues à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique, par les autorités académiques en lien avec les agences régionales de santé. »".

→ Article 3 relatif à la contraception d'urgence des élèves du second degré

"Au troisième alinéa de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique, les mots : « si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, » ainsi que les mots : « à titre exceptionnel et » et les mots : « et de détresse caractérisés » sont supprimés."

Nous exprimons notre accord avec cet article dont l'objet énoncé par l'exposé des motifs est, à notre sens et selon l'expérience des collègues exerçant dans le domaine de la planification familiale, tout à fait légitime.

Proposition:

Nous sommes en outre en accord avec la proposition de complément à cet article formulée par la CNS dans son avis sur le projet de loi à savoir : *"en matière de contraception d'urgence, il convient de renforcer les liens entre les différents acteurs de santé. Le projet d'article L 5134-1 nouveau supprime, à juste titre, la restriction à la délivrance par l'infirmière d'une contraception d'urgence, au fait que l'infirmière ait vérifié au préalable qu'un médecin, une sage-femme ou un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) soient indisponibles ou inaccessibles. Cependant le fait de ne plus du tout citer les CPEF dans l'art L 5134-1 du CSP revient à marginaliser leur mission tout à fait nécessaire en direction des collégiens sur ce sujet. Il est donc proposé de rappeler leur fonction de ressource possible pour prolonger ou approfondir l'accompagnement vers une contraception adaptée, à la suite de la délivrance d'une contraception en urgence, par l'infirmière de santé scolaire."*

C'est pourquoi, nous reprenons également à notre compte la proposition d'amendement de la CNS d'ajouter à la fin du troisième alinéa de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique, après les mots *"d'un suivi médical"* :

"Ils orientent notamment vers les centres de planification et d'éducation familiale accessibles en proximité en vue d'un accompagnement et d'une prise en charge anonyme et gratuite."

→ Article 16 relatif à l'extension aux enfants de moins de 16 ans du dispositif du médecin traitant

"Le titre VI du livre I^{er} du code la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 162-5 est ainsi modifié :

a) Le 17° est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ces missions et modalités d'organisation sont distinctes de celles prévues au 23° ; »

b) Le 18° est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ces modalités ne sont pas applicables aux patients âgés de moins de seize ans ; »

c) Au 22°, après les mots : « ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. », il est inséré la phrase ainsi rédigée : « Ces engagements sont distincts de ceux prévus au 23°. » ;

d) Après le 22°, il est ajouté deux alinéas ainsi rédigés :

« 23° Les missions particulières des médecins traitants des enfants de moins de seize ans mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins spécifique à cette population ;

« 24° Le cas échéant, les modes de rémunération autres que le paiement à l'acte, y compris ceux intervenant en contrepartie d'engagements individualisés tels que définis au 22°, relatifs aux missions et modalités d'organisations prévues au 23°. » ;

2° L'article L. 162-5-3 est ainsi modifié :

a) Après le premier alinéa, il est inséré deux alinéas ainsi rédigés :

« Pour les ayants droit de moins de seize ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et l'indique à l'organisme gestionnaire.

« Pour les ayants droit âgés de seize à dix-huit ans, le choix du médecin traitant suppose l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. » ;

b) Au cinquième alinéa, devenu le septième alinéa, avant les mots : « la participation prévue au I de l'article L. 322-2 », sont insérés les mots : « Sauf pour les patients âgés de moins de seize ans, » ;

c) Au troisième alinéa de l'article L. 162-26, après les mots : « Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe le montant de la majoration appliquée aux patients », sont insérés les mots : « âgés de plus de seize ans »."

L'exposé des motifs indique que :

"L'article prévoit, de l'étendre [le dispositif du médecin traitant] aux enfants de moins de 16 ans pour permettre à un médecin traitant, généraliste ou pédiatre, désigné par les parents ou tuteurs légaux, de suivre régulièrement l'état de santé de ces enfants et de coordonner l'action des autres professionnels de santé chargés de leur prise en charge, à un âge où le suivi et la coordination sont d'importance capitale.

Les obligations et sanctions liées au respect du parcours de soins coordonné pour les adultes ne sont en revanche pas transposées (consultation du médecin traitant avant celle d'un autre médecin, moindre remboursement et risque de dépassement en cas de non-respect du parcours). En effet, la mesure n'a pas vocation à responsabiliser davantage les parents ou tuteurs légaux, mais à renforcer le rôle pivot du médecin traitant, médecin généraliste ou pédiatre, qui sera garanti par la communication institutionnelle autour du dispositif.

Cet article vise à affirmer le rôle pivot du médecin traitant dans le suivi du parcours de soins des enfants, ce qui permettra par exemple de renforcer le dépistage précoce de l'obésité, des troubles de l'apprentissage ou, plus tard, des conduites addictives.

La mesure sera complétée par le renforcement de la formation pédiatrique des médecins généralistes qui prendra la forme de stages obligatoires (pédiatrie hospitalière, pédiatrie ambulatoire, protection maternelle et infantile...) pour les internes de médecine générale."

Nous partageons l'objectif de mieux assurer la coordination des soins (préventifs et curatifs) des enfants. Nous constatons que le gouvernement ne prévoit pas, à l'instar du dispositif de médecin traitant après 16 ans, de sanction financière en cas de consultation en premier recours d'un médecin autre que le futur *médecin traitant de l'enfant* par les parents pour leur enfant. Ce qui implique également qu'il ne prévoit pas de subordonner le recours à un second consultant sur orientation du premier médecin consulté (lorsque celui-ci n'est pas le *médecin traitant de l'enfant*) à une consultation intermédiaire par le *médecin traitant de l'enfant*.

Proposition :

Ces garanties nous paraissent indispensables. Il convient cependant d'envisager la place des médecins de PMI dans le dispositif global du parcours de soins de l'enfant, l'action de ces médecins n'étant pas référée aux conventions médicales visées aux alinéas 1, 2 et 3 de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, que le présent article 16 du projet de loi modifie (sachant que les médecins de PMI assurent le suivi préventif de 50% des enfants de moins de un an et 20 % des enfants de moins de 6 ans - Etude IGAS sur la PMI 2006). Les mêmes garanties d'absence d'*obligations et sanctions liées au respect du parcours de soins coordonné* évoquées dans l'exposé des motifs du projet de loi doivent donc viser explicitement les actes effectués par les médecins de PMI et de planification familiale auprès des enfants.

C'est pourquoi, nous soutenons et reprenons à notre compte la proposition suivante d'amendement formulée par la CNS :

« ... *L'article L. 162-5 est ainsi modifié :*

... 23° Les missions particulières des médecins traitants des enfants de moins de 16 ans mentionnés à l'article 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins spécifiques à cette population ; celles-ci s'exerceront sans préjudice des compétences des médecins de PMI, vis-à-vis des publics relevant de la PMI et de la planification familiale, dans le domaine de la prévention, du dépistage, de l'indication d'examens complémentaires ou d'orientation vers un spécialiste, de la prise en charge préventive, de la surveillance de la santé et du développement, du traitement d'affections ou de toute autre mesure de soin relevant de sa compétence, notamment mentionnés par le code de la santé publique au titre de la PMI et de la planification familiale.

Observation :

Plus généralement nous restons dubitatifs quant à la portée réelle de l'article 16 pour atteindre l'objectif affiché : les médecins généralistes de ville qui, du fait de la raréfaction en cours du nombre des pédiatres ambulatoires, sont les principaux visés par cette mesure d'instauration d'un *médecin traitant de l'enfant* disposeront-ils de la formation et de la disponibilité nécessaires pour assurer, non seulement le suivi habituel de leurs petits patients, mais la fonction attendue de coordination des soins et de "garant" du parcours de soins ? Cela nous semble aléatoire et nous sommes également inquiets de la disparition des pédiatres de ville que cela laisse augurer.

Nous pensons que la proposition que nous portons de renforcer l'organisation territoriale de la santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille dans le cadre des services territoriaux de santé au public - STSP (cf. notre 1^{er} article supplémentaire au projet de loi proposé ci-après p. 8-9) est une mesure indispensable, afin d'améliorer pratiquement la coordination des parcours de soins des enfants, ce qui est le cœur de fonction-même du STSP.

→ Propositions d'insertion d'autres articles au projet de loi de santé

*** 1^{er} article supplémentaire relatif au renforcement de l'organisation territoriale de la santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille :**

Plusieurs rapports et avis mentionnent les disparités d'application par les départements des dispositions du code de la santé publique relatives à la protection et à la promotion de la santé familiale et infantile (articles 2111-1 et suivants, 2112-1 et suivants, ...) : étude de l'IGAS sur la PMI en 2006, section du rapport de la Cour des Comptes sur la périnatalité en 2012, avis du CESE sur la PMI en 2014.

Cette disparité repose notamment sur le constat que la politique et les missions de PMI et de planification familiale sont les seules missions de santé obligatoires confiées aux départements lors de la décentralisation de 1982-85. Cela a donc pu constituer un facteur "d'isolement" de la PMI par rapport à l'ensemble du système de soins, malgré les efforts réalisés par nombre de collectivités pour entretenir les liens entre les services de PMI et les partenaires de santé extérieurs aux Conseil généraux. Cet isolement s'est accru face à un système de santé qui a fortement secondarisé la prévention et qui s'est déployé en générant des actes de médecine libérale « individuels » non intégrés à une vision de santé publique d'ensemble. Ce sont ces défauts que la stratégie nationale de santé entend corriger.

Dans ce contexte la création prévue des services territoriaux de santé au public constitue une opportunité pour "ré-arrimer" de façon beaucoup plus étroite les services de PMI à leurs partenaires de la santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille sur les territoires, et permettre d'assurer une meilleure coordination et continuité des soins préventifs et curatifs dans ce domaine. Il s'agit 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 : PMI, services de santé scolaire, RASED, intersecteurs de pédopsychiatrie, CMPP, CAMSP, services hospitaliers concernés, maternités, réseaux périnatalité, centres d'orthogénie, centres de santé, pédiatres, gynécologues, obstétriciens, généralistes, sages-femmes libéraux participant aux missions de service public, paramédicaux, centres maternels, services de prévention municipaux, associations concernées, etc. S'appuyant sur la définition d'une politique nationale et régionale de santé de l'enfant, ces regroupements élaboreraient des priorités et des modalités de coopération respectant les champs et prérogatives de chaque composante tout en favorisant une meilleure coordination et intégration des missions et activités mises en œuvre.

Nous proposons en ce sens de traduire dans la loi de santé la perspective de décliner une composante "santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille" du service territorial de santé au public. Il s'agit :

- à la fois de confirmer la place des services publics de PMI dans le système de santé en incitant les départements à assumer la plénitude des missions qui leur sont confiées à ce titre ;

- et de spécifier dans la loi le renforcement de l'organisation territoriale de la santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille, en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de santé, et dans le même esprit que les dispositions prévues à l'article 13 du projet de loi relatif au renforcement de l'organisation territoriale de la santé mentale.

Pour cela nous portons la proposition d'amendement suivant au projet de loi :

"Art. 12 bis :

Il est ajouté après l' article L. 2111-2 du code de la santé publique un article L.2111-2-1 ainsi rédigé :

Dans le cadre du service territorial de santé au public mentionné à l'article L. 1434-11 et afin de concourir à la qualité et la sécurité des parcours en santé infanto-juvénile et familiale des personnes visées par la deuxième partie du code de la santé publique relative à la santé reproductive, droits de la femme et protection de la santé de l'enfant, et dans le respect des objectifs du plan régional de santé et du projet territorial de santé, des contrats territoriaux de santé sont conclus entre l'agence régionale de santé et les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et collectivités territoriales concernés afin de mettre en œuvre les actions coordonnées de prévention, de soins et d'insertion nécessaires au sein de chaque territoire mentionné à l'article L. 1434-8."

*** 2^{ème} article supplémentaire relatif au financement des services de PMI :**

L'avis du CESE sur la PMI de 2014 est venu confirmer les constats de l'étude de l'IGAS de 2006 déjà citée, sur la nécessité de mieux valoriser financièrement les services départementaux de PMI en leur apportant de nouvelles ressources.

En effet 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 extérieur aux départements, apporterait, selon l'IGAS, un dixième des ressources consacrées à la PMI (60 millions d'€ en 2004).

Pour faire face à leurs missions qui se sont considérablement développées depuis les années 1980, nous proposons d'accroître les ressources financières des services de PMI :

- de la part de l'Assurance-maladie en ouvrant la liste des actes remboursables aux actes préventifs réalisés par les puéricultrices et par les psychologues (en procédant à leur inscription à la nomenclature de l'Assurance-maladie), et en prévoyant des financements forfaitaires sur fonds de prévention,
- de la part des ARS sur la base du financement pluriannuel de programmes coopératifs en prévention et santé publique, des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins et des dotations contribuant à financer l'exercice coordonné des soins,
- de la part de l'Etat, notamment au titre des missions de prévention incluses dans la loi de 2007 sur la protection de l'enfance.

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

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

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