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)

Un plan d'urgence pour assurer l'avenir du service public de Protection Maternelle et Infantile : pourquoi ? [1]

Rappels sur le dispositif de PMI :

➔ **L'originalité du dispositif de PMI :** proximité, accessibilité, gratuité, pluridisciplinarité[2], approche globale médico-psycho-sociale, modalités d'actions variées[3], partenariat très diversifié, large panel de missions, allant de la planification familiale aux modes d'accueil…, double compétence : santé publique – promotion de la santé et actions de santé individualisées ; la PMI est donc un service de santé avant tout, mais ayant de fortes proximités avec les politiques sociales et éducatives.
La PMI s'adresse à tous, tout en portant une attention particulière pour des populations rencontrant des difficultés spécifiques… (notion d'« universalisme proportionné » comme le préconise l'IGAS - cf. le rapport *"Les inégalités de santé dans l'enfance"*, 2011).

Ces principes que le dispositif de PMI applique de très longue date pour la santé de l'enfant et de la famille convergent avec ceux qui sous-tendent la récente stratégie nationale de santé adoptée par le gouvernement, qui a pour maîtres mots : promotion de la santé et prévention, parcours de santé coordonné, prise en charge globale, coopération entre professionnels, action sur les déterminants de santé, service public territorial de santé, lutte contre les inégalités sociales de santé.

➔ **Tout cela est résumé dans Code santé publique, mais...**

Le CSP énonce l'ensemble des missions[4] et fixe des normes minimales d'activités et de professionnels, les services de PMI étant placés sous l'autorité du CG : il y a donc une tension entre l'existence d'une législation nationale (loi 1989, décrets 1992) très précise et celle d'un cadre d'application décentralisé depuis 1985, sans politique nationale incitative ou régulatrice.
Cela se traduit par autant de politiques de PMI que de départements, il n'y a plus de politique nationale de santé de l'enfant, des jeunes, des familles, l'Etat n'impulse ni ne régule plus les orientations de PMI et leur mise en œuvre (sauf l'épisode de la loi Prot. Enfance, 5 mars 2007).

➔ **Cf. les conséquences ci-après**.

---

[1] Cet argumentaire complète la plate-forme consultable sur :
http://www.snmpmi.org/IMG/pdf/document_inter_organisations_avenirPMI__4nov2011_pour_les_sites.pdf

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

[3] Consultations, bilans de santé, accueils individuel ou de groupe, visites à domiciles par des puéricultrices et des sages-femmes, entretiens psychologiques, groupes de paroles, accueils parents-enfants, soutien à domicile par des techniciennes de l'intervention sociale et familiale, intervention dans les milieux de vie et de socialisation (modes d'accueil, écoles maternelles…), etc.

[4] Les activités prévues au titre de la PMI sont inscrites dans le Code de la santé publique (articles L.2112-1 et L.2112-2) : il s'agit notamment de consultations médicales préventives, de visites à domicile, de bilans de santé en école maternelle, d'actions médico-sociales de soutien aux familles, d'activités de planification et d'éducation familiales, d'actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger, d'activités d'agrément et de contrôle des modes d'accueil de la petite enfance, du traitement d'informations épidémiologiques et en santé publique relatives à la maternité et à la petite enfance

Plusieurs raisons d'alerter et se mobiliser :

➔ **Les services de PMI sont fragilisés dans de nombreux départements** : beaucoup de consultations de nourrissons et de femmes enceintes ou de planification familiale, de bilans de santé en maternelle sont supprimés ; sinon les délais de rendez-vous s'allongent, le suivi d'enfants après 2 ans se restreint, les visites à domicile en pré et post-natal se raréfient. On ne compte plus les postes vacants, s'agissant surtout des médecins, mais aussi des puéricultrices, des sages-femmes. Ceci, dans un contexte d'aggravation de la précarité sociale, d'évolution des structures familiales et d'isolement grandissant de nombreuses familles

➔ **Le périmètre de la PMI est réduit dans un nombre croissant de départements à certaines missions** (protection de l'enfance, modes d'accueil) en délaissant le champ global de la prévention, les équipes de PMI sont dispersées unité territoriale par unité territoriale sans aucune coordination en tant que service départemental de PMI

➔ **Un service au public insuffisant et très inégalement réparti** , les normes minimales conçues pour le garantir sont très diversement respectées : en 2004, 48% des départements se situent sous les normes en matières de consultations, 22% sous les normes pour les personnels puéricultrices et sages-femmes (2006 - étude sur la PMI en France, IGAS).
La Cour des Comptes estime aussi (rapport 2012) que la "couverture des services de PMI est inégale": en 2009, 40 départements se situent sous les normes de consultations prénatales, 56 départements sous les normes pour les consultations infantiles. On observe des écarts pour les taux de sages-femmes PMI allant de 1 à 17, pour les puéricultrices de 1 à 3,5. Egalement de fortes disparités concernant les taux de médecins : 66 ETP pour 100 000 naissances dans le Finistère pour 980 ETP en Seine-St-Denis (rapport de 1 à 15).

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

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

(1) Documents statistiques n°233 (SESI - oct 1995)
(2) Documents statistiques n°303 (SESI - avril 1998)
(3) Rapport IGAS : Etude sur la protection maternelle et infantile en France (2006)
(4) Cour des Comptes : Rapport public annuel 2012 - février 2012
(5) DREES : http://data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,18,73,74

De plus, selon le Conseil supérieur de la Fonction publique territoriale[5], on comptait 3232 médecins territoriaux titulaires au 31/12/2007 et plus que 3050 médecins territoriaux titulaires au 31/12/2009.
Le CNFPT relève pour sa part qu'en 2008 on comptait 7630 médecins territoriaux titulaires et non titulaires[6], chiffre qui est tombé à 5013 en 2011[7].

[5] CSFPT - Rapport sur les médecins territoriaux, 24 avril 2013
[6] CNFPT - "Synthèse" n°38 sept 2010
[7] CNFPT - Effectifs territoriaux au 31 décembre 2011 Tableau de bord national
www.cnfpt.fr/sites/default/files/tableau_de_bord_effectifs_territoriaux_nationaux_au_31.12.11.pdf

Le nombre de médecins de PMI (en ETP) qui était de 2250 en 2009[8] est passé à 2080 en 2011[9]. Enfin entre 2009 et 2011, en seulement 2 ans, les 20 départements employant le plus de médecins (62% du total des médecins) ont perdu 11% de leurs effectifs médicaux" (source : DREES).

Pour les perspectives démographiques ultérieures, cf. ci-dessous.

➔ **Le financement est mal assuré** par l'Etat (pas de fléchage dans la DGD) : le budget global de fonctionnement consacré à la PMI était, selon l'IGAS, de 605 millions d'€ en 2005, à comparer aux 23 milliards d'€ affectés en 2004 par les départements à leurs dépenses d'action sociale et aux 10 milliards d'€ consacrés à la prévention dans la dépense de santé (source DREES 2002). L'assurance-maladie, deuxième financeur extérieur aux départements, apporterait, selon l'IGAS, un dixième des ressources consacrées à la PMI (60 millions d'€ en 2004).

➔ **La réforme des collectivités locales** laisse planer des incertitudes sur l'existence même des départements à terme, par voie de conséquence une grave incertitude sur le devenir des services PMI.

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

➔ **Le problème crucial de la démographie des professionnels de PMI** : concernant la Fonction publique territoriale, une étude du CNFPT[10] prévoit que la part des titulaires au 31/12/2006 qui auront atteint l'âge moyen de départ en retraite en 2020 est de 66% pour les médecins, 47% pour les psychologues, 69% pour les sages-femmes, 43% pour les puéricultrices et 88% pour les puéricultrices cadres de santé.

➔ **La PMI se situe dans un contexte d'offre de soins en "crise" :** une offre de soins ambulatoire qui globalement se traduit par des difficultés croissantes d'accès aux soins (↘ démographie des pédiatres et gynécos dans beaucoup de régions ou départements - campagnes, villes) et de plus en plus d'inégalités d'accès (dépassements d'honoraires), dans contexte hospitalier de plus en plus tendu (urgences surbookées, sorties précoces de maternités, fermeture des petites mater…), sur fond de couverture maladie complémentaire de moins en moins accessible pour de très nombreuses familles…

Nous voulons préserver une approche de la prévention qui laisse autant de place pour la dimension relationnelle du soin que pour sa dimension technicienne. La médecine de PMI doit rester humaniste

Nous défendons :

une certaine idée de la prévention :
- prévention généraliste, services ouverts à tous
- s'appuyant sur les potentialités des personnes
- prévenante et non prédictive
- pas de dépistage sans possibilité de prise en charge
- respect de la confidentialité

[8] DREES : Document de travail Série Statistiques (N°163 - nov 2011)
[9] DREES : Document de travail Série Statistiques (N°184 - août 2013)
[10] CNFPT La démographie des personnels territoriaux au 31/12/2006, oct.2009

une certaine idée des droits :

- système de santé solidaire
- gratuité des soins préventifs
- protection sociale de haut niveau
- accessibilité des services
- respect de la dignité et de la vie privée
- droits contraception - IVG - lutte contre violences

une certaine idée politique enfance :

- pas de réduction de la prévention à l'urgence sociale ou à la prévention délinquance
- déterminants de santé pris en compte
- modes d'accueil de qualité
- protection de l'enfance qui sauvegarde au mieux les liens enfants / parents

Moyens à développer, promouvoir & inventer : nos revendications

➔ **Création d'une instance nationale pour la promotion et la protection de la santé familiale et infantile**, commission qui serait placée auprès du ministère de la santé et organisée autour des missions suivantes : évaluation des besoins, impulsion des politiques nationales de santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille, fixation de priorités et objectifs, mutualisation des expériences, etc.
L'IGAS propose : *« Pour suivre la politique nationale de la santé des enfants, un Conseil national de la politique de l'enfance pourrait être créé sur le modèle de la commission nationale de la naissance »* (Etude sur la protection maternelle et infantile en France - Nov. 2006)
(La commission nationale de la naissance et de l'enfance existante est bien trop confidentielle à l'heure actuelle.)

➔ **Maintien de services structurés de PMI** pour assurer toutes les missions, dirigés par un médecin[11] et comprenant des personnels médicaux, paramédicaux, psychologiques, sociaux, éducatifs.

➔ **Proposition de trois mécanismes pour consolider le financement de la PMI** :
Les enjeux de financement doivent être abordés en fonction des logiques globales de prévention et de promotion de la santé qui définissent la politique de PMI, où les approches multidimensionnelles et les réponses pluridisciplinaires et partenariales sont essentielles. La modalité principale de financement de la mission permanente de service public de PMI doit donc continuer d'être assurée par une dotation pérenne. Le financement à l'acte, voire à la capitation ou au parcours de soins, répondent à une approche technicienne bio-médicale classique, le financement par projet se heurte également à une logique de segmentation thématique et temporelle réductrice et inadaptée au champ global et au temps long de la prévention. Si ces modes de financement peuvent contribuer au dispositif de PMI, ce n'est qu'en complément de la modalité principale de financement sous forme de dotation pérenne déjà évoquée.

Nous proposons donc de consolider le financement de la PMI par :

- A titre principal, une contribution supplémentaire au titre des dotations de décentralisation qui soit fléchée vers les lignes budgétaires de PMI, ainsi qu'une contribution fléchée au titre des missions de prévention nouvelles ou confirmées par la loi de protection de l'enfance de 2007 dans le cadre du fond national prévu par cette loi. Ces deux possibilités concernent donc la place de l'Etat dans l'accroissement du financement de la PMI.

[11] Cf. en annexe l'argumentaire pour le maintien de la direction des services de PMI par un médecin.

- A titre complémentaire, un financement par les CPAM : la CNAMTS a édité fin 2010, de façon unilatérale, une convention cadre qui ne répond pas à toutes les missions de PMI : notamment les actes de planification pris en compte se limitent à l'IVG médicamenteuse, au dépistage des IST, aux consultations de maîtrise de la fécondité pour les personnes ne demandant pas le secret.
L'IGAS proposait en 2006 l'instauration d'une convention cadre entre l'ADF et l'UNCAM, prenant en compte l'ensemble des nouvelles missions de santé dévolues à la PMI.
Nous défendons des améliorations à apporter à la convention cadre[12], visant au remboursement de tous les actes médicaux et paramédicaux effectués en PMI, ce qui suppose d'adapter la nomenclature à cet effet. Cette convention cadre ainsi améliorée doit être d'application nationale et non négociée département par département.

- A titre complémentaire également, des financements de la part des ARS, par le biais des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, et des dotations contribuant à financer l'exercice coordonné des soins.

➔ **Un plan d'urgence pour accroître la démographie des professionnel-les de santé intervenant en PMI :** revalorisation des statuts et rémunérations (incluant la création d'un statut pour la profession de conseillère conjugale), formation à l'entrée dans la fonction publique territoriale et accès au développement professionnel continu, et modalités de recrutement adaptés (fréquence des concours, déclaration des postes...).

➔ **Le maintien et le développement de soins de santé de proximité,** préventifs et curatifs, accessibles à tous, et de la fonction de prévention et de soutien à la parentalité qu'offre la PMI.

Dans ce cadre, en lien avec les travaux gouvernementaux sur la stratégie nationale de santé et la perspective d'un service public territorial de santé, nous proposons d'ouvrir la réflexion sur la ***possibilité que le dispositif de PMI s'associe à une instance publique formalisant une coopération locale***, dans un cadre fonctionnel, avec tous les acteurs de santé intervenant dans le champ enfance-famille [PMI, services de santé scolaire, RASED, intersecteurs de pédopsychiatrie, CMPP, services hospitaliers concernés, réseaux périnatalité, centres de santé + pédiatres et généralistes libéraux participant aux missions de service public, + paramédicaux (orthophonistes…)…].
En ce sens la constitution d'un ***service public local de santé de l'enfant-adolescent-famille*** est une formule à examiner dans ses tenants et aboutissants.
En lien avec la définition d'une politique nationale et régionale de santé de l'enfant, ces regroupements élaboreraient des priorités et des modalités de coopération respectant les champs et prérogatives de chaque composante tout en favorisant une meilleure coordination et intégration des missions et activités mises en œuvre.
Ces regroupements bénéficieraient d'une animation et d'une coordination publique assurée de façon collégiale, associant ARS, conseil général, pôles hospitaliers concernés. Leur financement serait assuré par une dotation de service public venant conforter les financements existants

➔ **Sans oublier les actions sur les conditions de vie** pour favoriser le développement et la santé des enfants
Donc importance de favoriser la coopération avec les autres acteurs du même territoire que sont les professionnels de l'éducation nationale, des modes d'accueil, des maisons des parents, les lieux d'accueil parents-enfants, l'ASE, les services sociaux, les clubs de prévention, la PJJ,… et tout le secteur associatif (notamment familial).

[12] Cf. en annexe les pistes d' amélioration que nous proposons.

ANNEXE 1

Ce qui justifie de maintenir la direction de la PMI par un médecin

Par la loi du 5 mars 2007, en confiant de manière réitérée la mission de PMI à un service particulier, dirigé par un médecin, le législateur n'a pas seulement opéré un choix de compétence technique, mais a pris en compte les règles qui président à l'exercice de la profession médicale et des autres professions de santé.
La loi a pour objectif d'apporter de réelles garanties à la santé publique. Elle permet de respecter la confidentialité des documents médicaux reçus par le médecin chef de service, documents qui sont des outils de travail. Elle permet également les liaisons avec la médecine libérale et hospitalière. Elle est le garant d'une spécificité professionnelle et permet donc d'élaborer une politique de santé départementale.

Sur quels aspects portent ces garanties en terme de santé publique et de prévention ?
- Définition d'une politique de santé départementale cohérente, dans le cadre des orientations de l'exécutif départemental et dans le respect des missions légales imparties à la PMI, conception et suivi de la mise en œuvre de programmes de prévention et de santé publique
- Animation d'un partenariat avec les acteurs de la santé au plan départemental (médecine ambulatoire, services hospitaliers, santé scolaire, intersecteurs de psychiatrie enfant et adultes, DT-ARS, CPAM…), organisation de la complémentarité et de la coordination avec l'action sociale.
- Garantie du maintien des compétences techniques spécifiques dans le domaine de la santé familiale et infantile et de la planification familiale, élaboration d'un plan de formation spécifique (dans le cadre actualisé de la mise en œuvre du DPC concernant médecins, sages-femmes, puéricultrices).
- Garantie du respect du secret médical dans le cadre de toutes les activités du service : organisation de la confidentialité des consultations, des entretiens, des visites à domicile, auprès de l'ensemble des usagers de la PMI et de la planification familiale, confidentialité des déclarations de grossesse, certificats de santé, avis de naissance, actes de décès, confidentialité dans les liaisons avec la médecine ambulatoire et hospitalière.
- Attributions dévolues en propre au médecin responsable (dimension sanitaire de l'enfance en danger, contrôle et expertise relatif aux des modes d'accueil et agrément des centres de planification familiale, réception centralisée et utilisation dans le cadre des activités du service des informations à caractère secret conformément à la déontologie médicale : déclarations de grossesse, certificats de santé, avis de naissance, actes de décès).

Ainsi le statut des médecins territoriaux prévoit notamment qu'ils puissent diriger le service de PMI, qu'ils participent à la conception, à l'exécution et à l'évaluation de la politique de la collectivité en matière de santé publique.

ANNEXE 2

Pistes d'amélioration de la convention cadre CNAMTS visant au remboursement de tous les actes médicaux et paramédicaux effectués en PMI

- Remboursement de tous les actes médicaux de consultation pratiqués en PMI et planification familiale : en centre, à domicile, en établissement de santé, en école maternelle...
- Remboursement des actes paramédicaux effectués par les infirmières et infirmières-puéricultrices de PMI, dont les actes de suivis à domicile.
- Remboursement de tous les actes médicaux relatifs à la contraception, des examens de laboratoires et des prescriptions de contraceptifs oraux, stérilet et implants, que ces actes soient réalisés en CPEF ou par les sages-femmes de PMI, et en recherchant des solutions permettant la prise en compte des actes pratiqués auprès de personnes ayant requis l'anonymat.
- Remboursement de tous les vaccins et actes de vaccination.
- Par ailleurs il est nécessaire que tous les actes réalisés en PMI et en centre de planification au titre de l'Assurance-maladie puissent bénéficier d'une exonération du forfait de 1 euro par acte facturé, sans perte des majorations de coordination.
- Une valorisation financière des projets de prévention collectifs, conformément au 2ème alinéa de l'article L2112-7 du code de la santé publique.