



Table-ronde PMI 14 mars - Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant

1) Les missions de la PMI :

* **Nous réaffirmons nos missions de prévention et de promotion de la santé** comme socle de notre vocation de service public de santé familiale et infantile.

Rappel de notre contribution de janvier :

Les services et la politique de PMI et de santé sexuelle mettent en œuvre :

- la prévention dans le domaine développemental global, de la santé physique, psychique et mentale, l'accompagnement de la parentalité, dans le cadre du suivi médical et de santé préventif de la femme enceinte et de l'enfant ;
- la prévention, le dépistage, l'accompagnement et la coordination de prises en charge précoces concernant les troubles sévères du développement, le handicap et les maladies chroniques ;
- la politique et la pratique des vaccinations ;
- la prévention en pré et post-natal concernant les déterminants environnementaux nocifs pour la santé et le développement ;
- la lutte contre les inégalités de santé et notamment contre les effets de la précarité des conditions de vie sur la santé des enfants et des familles ;
- la prévention, le dépistage et l'accompagnement des situations de protection de l'enfance et de toutes les violences dans l'entourage de l'enfant ;
- la santé sexuelle (sexualité, contraception, IVG, prévention et lutte contre les violences dans la vie affective et sexuelle...) ;
- la participation aux parcours de prévention et de prise en charge suite à des dépistages (troubles sensoriels, retard ou difficultés de langage...) ;
- la coopération des professionnels au sein et en dehors des services de PMI autour du parcours de suivi préventif de la femme enceinte et celui de l'enfant, etc.
- l'accompagnement/agrément/contrôle des modes d'accueil du jeune enfant, participant de sa santé et de son développement.

* **Pour remplir ces missions, nous avons proposé dans notre contribution de janvier 2023 aux Assises des objectifs de participation concrète du dispositif PMI au suivi des enfants et des adolescents :**

En effet l'article L2112-4 du code de la santé publique prévoit de définir à partir de 2023 des "objectifs nationaux de santé publique fixés par voie réglementaire" [à savoir des taux de couverture populationnelle pour certaines activités] et des "normes minimales d'effectifs fixées par voie réglementaire".

Nous proposons les objectifs de couverture populationnelle suivants par la PMI :

- un objectif minimal de 20% d'enfants bénéficiant en PMI des consultations infantiles¹ pour au moins 12 des examens obligatoires jusqu'à 6 ans² et un objectif minimal de 20% d'enfants bénéficiant d'au moins deux visites à domicile par les puéricultrices (taux correspondant aux préconisations du rapport Peyron - 2019 et retenus par le groupe de travail piloté par la DGS relatif au projet de décret en application de l'art. L2112-4 du CSP - juillet 2022) ;
- un objectif minimal de 90% des enfants bénéficiant d'un bilan de santé en école maternelle (idem rapport Peyron et groupe de travail ministériel) ;

¹ Sachant que le taux réglementaire actuel équivalait à un taux de couverture calculé entre 13 et 16% en 2018.

² Cf. annexe 2 : proposition de réalisation coordonnée des examens obligatoires de l'enfant entre médecins et puéricultrices. NB Nous proposons de réintroduire deux examens obligatoires entre 1 et 2 ans : vers 15-16 mois (notamment pratique 2^{ème} ROR) et vers 18-20 mois (notamment dépistage des troubles sévères du développement).

- un objectif minimal de 15% de femmes enceintes bénéficiant de l'EPP et de 3 consultations obligatoires prénatales, ainsi que de l'EPN et de la consultation obligatoire postnatale (*idem groupe de travail ministériel*) ;
- un objectif minimal de 15% des 11-25 ans bénéficiant d'une consultation annuelle de santé sexuelle et un objectif minimal de 70% des jeunes de 11-21 ans bénéficiaires d'une mesure de protection de l'enfance bénéficiant d'une consultation annuelle de santé sexuelle (*taux retenus par le groupe de travail piloté par la DGS relatif au projet de décret en application de l'art. L2112-4 du CSP - juillet 2022*) ;
- un objectif minimal de 5% d'enfants, de jeunes et de femmes enceintes bénéficiant de consultations et actions de soutien par des psychologues (15% de ceux accueillis en PMI) ; un objectif minimal de 3% de jeunes enfants bénéficiant d'un accompagnement par des psychomotriciens (10% de ceux accueillis en PMI).

Pour atteindre ces objectifs nous proposons les normes minimales d'effectifs suivants :

- une puéricultrice pour 120 naissances (cf. [annexe 3](#) à notre contribution de janvier 2023),
- un médecin pour 350 naissances (cf. [annexe 4](#) à notre contribution de janvier 2023),
- une sage-femme pour 530 naissances (cf. [annexe 5](#) à notre contribution de janvier 2023).

En outre nous proposons de promouvoir la place dans les services de PMI de professions précieuses pour l'offre de prévention pluriprofessionnelle de PMI, telles les psychologues, les psychomotricien.nes, les éducateurs.trices de jeunes enfants, les auxiliaires de puériculture,...

*** Concernant l'hypothèse de ramener à 2 ou 3 ans la borne d'âge des compétences de la PMI, nous y sommes défavorables pour les raisons suivantes :**

- La santé et le développement de la petite enfance se poursuit bien au-delà des 1000 premiers jours. Dans tous les pays il est reconnu que la période de la petite enfance couvre la période de la naissance à 6 ou 7 ans (cf. rapports Giampino, Riest-Barthet Derrien). Cette période possède des caractéristiques développementales particulières qu'il s'agit d'aborder dans la continuité : l'hétérogénéité des dynamiques du développement propre à chaque enfant avant 6 ans et leurs expériences de socialisation primaire et de prime éducation, les enjeux liés à la subtile dialectique de continuités et de discontinuités dans les rythmes structurant la vie quotidienne de l'enfant avec des effets potentiels et variables de désorganisations qui se retrouveront pour partie dans les aléas de son développement ultérieur. Ceci avant 6-7 ans et le passage de la pensée opératoire à la symbolisation et à l'abstraction ("l'âge de raison").
- Les difficultés éventuelles de développement se révèlent à des âges variés selon les enfants et il est nécessaire de les suivre dans le temps pour évaluer, avec des compétences en sémiologie du développement, si tel enfant présente à un simple écart par rapport au développement "moyen" attendu à son âge ou s'engage dans un potentiel trouble plus sévère du développement nécessitant d'orientation vers des prises en charge précoces bien avant les confirmations diagnostiques. A cet égard la période 18 mois 4 ans est particulièrement sensible : développement du langage, des acquisitions psychomotrices de plus en plus fines, et des pré-apprentissages, de la socialisation, crise de la "première puberté" (opposition, colères, intolérance à la frustration) pour laquelle le soutien aux parents est particulièrement souhaitable,...
- Interrompre à 2 ou 3 ans le suivi préventif des enfants par la PMI serait en contradiction flagrante avec les efforts des pouvoirs publics pour dépister avec pertinence, au divers moments où les difficultés se révèlent ou se cristallisent entre les premiers mois et le bilan de 4 ans à l'école, les enfants suspects d'évolution vers un TND et leur proposer les mesures thérapeutiques et d'accompagnement adaptées.
- Il n'y a pas de relais institué (désertification médicale de ville qui ne va pas se résoudre à brève échéance) qui viendrait assurer la continuité du suivi développemental des enfants de 2 à 6 ans. Prendre en compte aussi la capacité des équipes de PMI à repérer les enfants en

difficulté par l'observation longitudinale en salle d'attente (puéricultrices, auxiliaires de puériculture, psychologues parfois...) bien plus facilement qu'en consultation de ville.

- L'expérience montre que les médecins de PMI restent très présents dans les réseaux d'enfants vulnérables (jusqu'à 6 ou 7 ans) : un tiers des effectifs à la métropole de Lyon par exemple.
- En un mot, à 2 ans on est "en plein au milieu de quelque chose", si des difficultés apparaissent ou se confirment, la confiance instituée depuis la naissance avec la famille est un gage d'une alliance avec la famille pour l'aider à reconnaître ces difficultés et les accompagner vers les prises en charge.

* **Concernant les missions de protection de l'enfance (PE) de la PMI**, elles figurent au code de la santé publique et sont en partie liées à celles de suivi du développement de l'enfant et de l'exercice de la parentalité, puisque la survenue de situations de risque ou de danger est susceptible d'affecter certains enfants et d'être repérées dans le cadre de leur suivi de santé, tout comme des situations de maladies chroniques ou de handicap. Il n'est donc pas question de récuser la mission de PE dans le cadre de celles de la PMI. Sans oublier le rôle de conseil éventuel auprès des médecins de ville sur les situations de PE qu'ils rencontrent (notamment en l'absence de médecin référent PE).

Par contre le recours systématique aux professionnels de PMI pour l'évaluation des informations préoccupantes - IP (enfant + fratrie) finit par emboliser totalement l'activité des équipes au détriment des missions de prévention. Il faudrait définir des critères plus restrictifs pour l'appel aux équipes PMI : enfants de moins de 6 ans principalement visés par l'IP.

Le plein exercice de la mission PE au titre des compétences PMI suppose cependant de reconstituer à moyen terme les moyens humains et financiers de la PMI à hauteur de ces missions en préservant les missions centrales de prévention santé de la PMI

* **Concernant les missions modes d'accueil de la PMI**, elles prennent sens dans le contexte où les conditions de la première socialisation des enfants s'inscrit dans leur cheminement de leur développement avec des expressions somato-psychiques spécifiques aux tout petits. Or les compétences mobilisées par la PMI (puéricultrices, médecins, psychologues, éducatrices de jeunes enfants) sont particulièrement adaptés à l'évaluation de l'agrément et à l'accompagnement des MA. En effet le service de PMI réunit plusieurs conditions favorables à l'exercice de ces missions :

- Il est partie prenante de la puissance publique et porteur à ce titre de l'intérêt général.
- Il n'est (sauf exception) pas engagé dans une autre responsabilité à l'égard des modes d'accueil, ni gestionnaire, ni financeur, il se trouve dans une position de neutralité pour assurer une fonction d'agrément, de contrôle et d'accompagnement.
- Il bénéficie de compétences adaptées à cette mission au sein de son administration : professionnels à la fois de santé et de petite enfance au sein du service de PMI.

C'est pourquoi nous plaidons en faveur du maintien de cette mission à la PMI.

Le plein exercice de la mission MA au titre des compétences PMI suppose cependant de reconstituer à moyen terme les moyens humains et financiers de la PMI à hauteur de ces missions en préservant les missions centrales de prévention santé de la PMI.

* **Concernant « l'universalisme proportionné » dans l'exercice des missions de la PMI**, il répond à un enjeu majeur de santé publique.

- La PMI est un service à vocation universelle, elle s'adresse donc à tous, tout en ayant une attention particulière pour des enfants et des familles présentant des vulnérabilités de tous ordres (somatiques, psychiques, sociales...), cf. art. 2111-1 du code de la santé publique : « 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 qui comprend notamment :

1° Des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants ;

2° Des actions d'accompagnement psychologique et social, notamment de soutien à la parentalité, pour les femmes enceintes et les jeunes parents, particulièrement les plus démunis ; (...)

Ceci trouve à s'incarner dans la concept « *d'universalisme proportionné* », une intervention à la fois « *universelle* » – tous les enfants sont concernés par les enjeux développementaux, quels que soient leur milieu social, leur(s) culture(s), leur histoire transgénérationnelle –, et « *proportionnée* » – répondant aux mêmes besoins mais avec des intensités de réponses adaptées aux situations concrètes et au gradient social.

- Nombre des problématiques émaillant le cheminement du développement de l'enfant et l'exercice de la fonction parentale ne sont pas avant tout liées au positionnement socio-économique : les problèmes de violence intra-familiale, de dépression du post-partum, d'alcoolisme,... ne sont pas l'apanage des couches défavorisées. Les études de Pierre Moisset sur la fréquentation des PMI à Paris ou de Christine César sur les consultations prénatales dans le 93 montrent une fréquentation inter-CSP des structures PMI avec des attentes communes en terme d'accompagnement préventif et d'autres attentes plus spécifiques selon la CSP d'appartenance. Cf. nos possibilités d'actions sur les déterminants variés de la santé.

- D'autre part, les familles en situation socio-économique défavorisée ne souhaitent pas être prises en charge dans des "ghettos sanitaires pour les pauvres", cf. les propos d'ATD Quart-Monde. Il est à craindre que si les politiques publiques s'orientaient dans ce sens, cela aurait un effet de désertion des consultations PMI par ces familles au contraire de l'attraction de structures de prévention assumant une certaine mixité sociale.

- Comme le dit Sir Mickael Marmot, professeur de santé publique britannique qui a établi ce concept d'*universalisme proportionné*, une santé pour les pauvres serait une pauvre santé, et donc une PMI pour les pauvres une pauvre PMI...

- Ainsi l'*universalisme proportionné* dans l'exercice des missions PMI est fondamental pour permettre d'accueillir les demandes et de répondre aux besoins divers en santé familiale et infantile, tout en adaptant la nature et l'intensité des réponses au contexte.

Là encore c'est la reconstitution à moyen terme des moyens de la PMI qui assurera un exercice satisfaisant du principe d'universalisme proportionné.

* **Concernant la participation éventuelle des médecins et équipes PMI à un certain degré de soins curatifs et non programmés**, le principe doit en être examiné selon les considérants suivants :

- La frontière entre préventif et curatif en santé familiale et infantile est loin d'être absolue.

- La conservation des compétences en matière diagnostique et de soins curatifs reste indispensable pour les médecins de PMI.

- D'ores et déjà de nombreuses situations conduisent les médecins de PMI, lors de leurs consultations, à prescrire en curatif pour des maladies aiguës lorsque la situation le nécessite, en lien avec les médecins traitants, surtout si l'accès à ces derniers est difficile (désertification, surcharge d'activité, accessibilité financière...).

- Discuter de modalités de structuration à l'avenir d'un certain degré d'implication des médecins de PMI dans les soins curatifs **suppose la reconstitution préalable**

incontournable d'un vivier de médecins PMI suffisant pour assurer l'ensemble des missions préventives de la PMI qui restent le socle de la raison d'être de la PMI (cf. nos propositions de taux de couverture populationnelle et de normes d'effectifs en conséquence). Ceci passe par un "**choc d'attractivité**" **salariale et statutaire pour les métiers de la PMI**, notamment pour les médecins, qui est à la fois une condition et une forme de contrepartie à cette part d'exercice curatif (cf. partie ci-dessous sur l'attractivité).

- La question des formes que pourrait prendre cet exercice curatif sera à définir par la suite : consacrer une demie journée hebdomadaire à une consultation de soins non programmés ? dans une maison médicale dédiée, MSP ? ou adossée aux urgences ?... En tout cas nécessité de distinguer les temps et lieux pour préserver la polarité préventive constitutive de la PMI.

* **Concernant les liens entre PMI et santé scolaire**, nous sommes favorables à un renforcement substantiel des liens et à assurer une continuité effective entre le travail de la PMI et celui de la santé scolaire. Sur l'éventualité d'une départementalisation de la santé scolaire et d'une forme d'intégration des missions PMI et santé scolaire, nous ne nous prononçons pas à la place de nos collègues de l'Education nationale. Nous rappelons qu'associer une PMI pauvre à une santé scolaire pauvre n'apportera aucun progrès. Le préalable absolu à toute perspective d'évolution serait de reconstituer les moyens des deux services leur permettant d'assurer la plénitude de leurs missions respectives. Notre proposition de CPTS dédiées ou de branches des CPTS dédiées à la périnatalité, l'enfance et l'adolescence vise en tout état de cause à instituer un étroit partenariat entre les parties prenantes, en particulier la santé scolaire et la PMI.

Pour assurer le cadre global des missions décrites précédemment la question du financement du dispositif de PMI est décisive : afin d'apporter aux services de PMI les moyens financiers nécessaires pour s'engager dans la mise en place des objectifs socle opposables prochainement inscrits au CSP (recrutement de professionnels, formation, investissement logistique...), nous proposons :

- d'ajouter à court terme 200 M€ au financement actuel de la PMI³ (0,1% de l'ONDAM),
- pour aller à moyen terme vers 500 M€ portant l'ensemble de la dépense de PMI à 1 Md€ = 0,5% de l'ONDAM,
- en y intégrant la cotation et le remboursement des activités des puéricultrices et des psychologues et l'application des cotations "consultations complexes" aux médecins de PMI.

→ Cf. nos propositions de financement en 2018-2020 : proposition détaillée adressée à M. Taquet en mars 2020, de modalités de financement articulant logiques de parcours, d'actes et de forfait : les départements se verraient dotés d'un financement dédié par le ministère de la santé (via les ARS + CPAM) en fonction de la façon dont ils se situent par rapport à la couverture attendue. Il s'agirait d'un "forfait prévention" pour chaque enfant ou chaque femme enceinte suivis. Ce forfait serait d'une part indexé sur le taux de couverture atteint par le département pour l'activité socle opposable considérée, ajusté sur un indicateur synthétique de santé et socio-démographique au niveau départemental⁴, et serait d'autre part affecté d'un coefficient variant selon l'offre qualitative de service proposée par le département : niveau 1 si le département offre un suivi pluriprofessionnel minimum (médecin, puéricultrice, sage-femme, conseillère conjugale et familiale), niveau 2 s'il y adjoint des psychologues et des psychomotriciens, niveau 3 si le suivi pluriprofessionnel inclut également une ou plusieurs professions : éducateurs de jeunes enfants, auxiliaires de puériculture, orthophonistes...

→ Cf. également les propositions du département 93 : définir un nouveau modèle de financement pour les PMI conjuguant 4 compartiments : un financement socle de l'Assurance maladie calibré selon une approche populationnelle, un financement à l'acte étendu à

³ Financement actuel évalué par le rapport Peyron à 500 M€.

⁴ Cet indicateur pourrait être l'indice de développement humain combiné à un indicateur composite ajusté aux problématiques de santé familiale et infantile, prenant en compte par exemple les taux de : mortalité périnatale et infantile, prématurité-hypotrophie, allaitement maternel, accident à la naissance (cf. CS8), TSA et troubles du développement, dépression maternelle, couverture vaccinale, obésité, caries, offre de soins ambulatoire en secteur 1 (pédiatres et généralistes), etc.

l'ensemble des professionnels de santé exerçant en PMI, des forfaits de coordination interprofessionnelle, un financement de la branche famille au titre de l'accompagnement à la parentalité.

Dans les deux cas il s'agit d'articuler logiques de forfait prévention par patient/population, parcours santé et activité parentalité + activité collectives. **Importance d'une convention type nationale Ministère-CNAM-départements.**

2) L'attractivité des métiers en PMI :

Rappel détaillé de nos propositions figurant dans la contribution de janvier 2023.

Pour rétablir l'attractivité des carrières professionnelles en PMI-santé sexuelle, nous proposons :

*** Des mesures salariales et statutaires :**

- convertir le Ségur médecins en Complément de traitement indiciaire (CTI) et aligner la grille des médecins territoriaux sur celle des praticiens hospitaliers en créant un cadre statutaire commun aux médecins salariés de la fonction publique (PMI-santé sexuelle, santé scolaire, centres de santé, ministères-ARS...) permettant de pratiquer un exercice unique dans un secteur d'activité ou un exercice mixte simultanément entre plusieurs secteurs d'activité ou de passer dans le temps d'un secteur d'activité à un autre (sous réserve de détenir les compétences requises) ;
- définir un cadre d'exercice des puéricultrices reconnaissant pleinement leurs compétences et valorisant financièrement leur activité et revaloriser leur grille au-delà du Ségur de la santé (cf. réingénierie du diplôme), cf. par exemple leur implication dans le cadre des examens obligatoires de l'enfant notamment en terme d'accompagnement, de dépistage et d'orientation vers le médecin ;
- accorder aux sages-femmes les moyens matériels et humains pour remplir leurs missions, de reconnaître leur statut médical et revaloriser leur rémunération au-delà du Ségur de la santé, notamment en leur attribuant la prime médicale des sages-femmes hospitalières ;
- créer un cadre d'emploi pour les conseiller.es conjugaux.ales dans les centres de santé sexuelle ;
- revaloriser les grilles salariales des autres professions des services PMI.

*** Des mesures en matière de formation :**

- inclure dans les programmes de formation initiale des études de médecine et de santé des modules sur les spécificités de la prévention en santé infantile, familiale et juvénile ;
- systématiser un stage en PMI-santé sexuelle lors de la 4^{ème} année d'internat de médecine générale et lors des internats de pédiatrie, gynécologie-obstétrique, santé publique, pédopsychiatrie ;
- favoriser la promotion professionnelle en cours de carrière pour les infirmières vers la spécialisation de puéricultrice, des auxiliaires de puériculture vers les professions d'éducatrices de jeunes enfants ou d'infirmières, notamment avec l'organisation de stages en PMI... ;
- (re)développer des formations universitaires diplômantes en santé et développement de l'enfant, en pédiatrie préventive et en santé sexuelle ;
- assurer l'effectivité de l'accès au DPC (développement professionnel continu) pour tous les professionnels, en finançant le DPC des professionnels de santé des services de PMI sur des thématiques adaptées aux enjeux sanitaires de la PMI ;

- développer des parcours de DPC des médecins inter-spécialités (pédiatrie, santé publique, pédopsychiatrie, gynécologie-obstétrique) ;
- instituer l'accès à un accompagnement des pratiques pour tous les professionnels de PMI qui le sollicitent ;
- promouvoir la formation et les stages dispensés par les médecins de PMI et par d'autres professionnels de PMI - puéricultrices, sages-femmes - (notamment dans le champ de la prévention développementale et du repérage/ accompagnement des situations de fragilité).

*** Des mesures en matière de qualification des médecins de PMI :**

- assurer l'accès à une qualification adaptée de l'activité PMI pour les médecins, selon leur exercice et leur expérience, par le Conseil de l'Ordre des Médecins : santé publique, pédiatrie, gynécologie médicale et gynécologie-obstétrique, médecine générale, médecine sociale.

*** Des mesures en matière de développement de la recherche en PMI :**

- instituer dans les profils de postes des professionnels PMI, notamment médecins, puéricultrices, sages-femmes, une quotité de temps consacrée à la recherche en favorisant le financement de recherches sur des problématiques adaptées aux enjeux de PMI et de santé sexuelle, par des organismes tels que Santé Publique France, les ORS, la DREES, les unités INSERM, les ARS.

3) La gouvernance de la PMI-santé sexuelle :

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

Comment :

- à la fois conforter le poids de la dimension régaliennne de la politique de PMI-santé sexuelle, donc de l'intervention de l'Etat par le biais du ministère de la santé pour son impulsion, sa régulation, son financement ?
- à la fois assurer l'apport propre des départements à la définition de cette politique et ne pas déstabiliser ce qui existe et qui fonctionne – les politiques menées par les départements qui se sont appropriés les missions de PMI-santé sexuelle –, et contribuer à améliorer la donne là où ça ne fonctionne pas suffisamment bien ?

Dans ce sens nous proposons de promouvoir la co-production de la politique de PMI entre l'État et les départements.

Des premiers pas ont été réalisés dans cette direction :

- mise en place en 2017 du CANA-PMI co-piloté par la DGS et l'ADF,
- contractualisation depuis 2020 État-départements en prévention et PE,
- disposition de la loi du 7 février 2022 inscrivant au code santé publique, art. 2111-1, que « *Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, des priorités pluriannuelles d'action en matière de protection et de promotion de la santé maternelle et infantile sont fixées par le ministre chargé de la santé, en concertation avec les représentants des départements, dans des conditions fixées par voie réglementaire.* »

Cette dernière mesure devrait permettre de **construire un cadre politique de gouvernance partagée de la PMI Etat-départements** à travers un « *dialogue politique régulier entre les départements, l'État [et l'assurance maladie]* »⁵.

⁵ rapport Peyron p. 105

Nous proposons d'apporter une **traduction opérationnelle à cette gouvernance partagée en instituant réglementairement une commission nationale PMI**⁶, instance dédiée, co-animée par la DGS et l'ADF, intégrant les Métropoles et TOM en charge directe de la PMI, associant de multiples partenaires dont la DGCS, l'Assurance-maladie, SP France..., et chargée, dans le cadre des priorités politiques évoquées précédemment, de co-construire des objectifs stratégiques et opérationnels et d'animer le réseau national du dispositif de PMI-santé sexuelle pour les décliner sur les territoires en tenant compte des spécificités locales.

En outre **la commission nationale PMI aurait comme tâches complémentaires** de :

- * mutualiser les expériences des services de PMI et les diffuser, contribuer à l'analyse des données sur la santé familiale et infantile, sur la PMI et ses activités, collectées par la DREES ou d'autres producteurs (ORS, laboratoires de recherche universitaires...) et en diffuser les résultats, développer la recherche dans les champs d'action de la PMI et de la santé sexuelle ;
- * organiser une initiative nationale régulière de rencontre des professionnels et services de PMI (du type journées nationale et régionales de PMI) ;
- * mener des travaux prospectifs à court et moyen terme sur les enjeux en termes de missions, de modalités de mise en œuvre et de moyens financiers et humains à leur consacrer ;
- * développer la contribution de la PMI sur des thématiques concrètes relevant des missions de la PMI, exposées ci-dessus.

Sur les territoires, il s'agirait de favoriser la co-construction des orientations locales de PMI conjointement par le département, l'ARS, la CPAM, en lien avec les orientations nationales partagées.

Ceci tout en favorisant le dialogue, le partenariat et la coordination des soins entre la PMI et l'ensemble des acteurs de santé de son champ de compétence au plan local dans le cadre des CPTS, **cf. notre demande d'instance territoriale en faveur du parcours de santé et de développement des enfants.**

Rappel, nous proposons de créer un cadre de référence et de coordination en santé publique périnatale et de l'enfance sur les territoires⁷ :

- sous la forme de CPTS ou de branches des CPTS consacrées à la période périnatale et de l'enfance,
- visant à promouvoir l'effectivité et la continuité des parcours de prévention, de dépistage, de diagnostic et de prise en charge, relatifs aux problématiques de santé et de développement, en s'appuyant sur l'articulation de tous les partenaires, la coopération des professionnels, services et institutions concernés par le parcours de suivi préventif et curatif des femmes enceintes et celui des enfants et des adolescents.

⁶ Cette proposition a fait également l'objet d'une préconisation du Défenseur des droits dans son rapport 2017 sur les droits de l'enfant : "Le Défenseur des droits salue la mise en place de cette instance [le CANA-PMI] et recommande que ses modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que ses objectifs soient précisés par voie réglementaire".

⁷ Cf. la conclusion de l'article "Pour un service public de santé de l'enfant et de l'adolescent" par P. Suesser et P. Jacquin. In : Raison présente n°223-224, p. 181-194