



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), **SNUTER-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)

Communiqué du 19 juillet 2021

Après l'adoption en première lecture du projet de loi sur la protection des enfants, les articles sur la PMI doivent être améliorés

L'adoption en première lecture par l'Assemblée nationale du projet de loi de protection des enfants laisse des interrogations et combine paradoxalement avancées et risques de dégradation pour l'activité des services de PMI (cf. titre V du projet de loi).

En effet, si nous notons avec satisfaction que le projet renforce la co-construction de *"priorités pluriannuelles d'action en matière de protection et de promotion de la santé maternelle et infantile (...) identifiées par le ministre chargé de la santé, en concertation avec les représentants des départements"*, l'inquiétude se porte sur la substitution *"d'objectifs nationaux de santé publique (...) visant à garantir un niveau minimal de réponse"* aux *"normes minimales fixées par voie réglementaire"*¹ jusqu'ici en vigueur. Bien qu'un autre article du projet de loi précise que le service de PMI comprend *"un nombre suffisant de personnels qualifiés, notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique, pour assurer les missions"*, la notion de "nombre suffisant" est suffisamment floue pour être interprétée demain très diversement par les départements. Le risque est bien de voir ceux-ci imposer une logique de rendement pour remplir les objectifs nationaux de santé publique, au détriment de la qualité des interventions de la PMI auprès des enfants et des familles. Nous demandons que le texte du projet de loi soit complété de façon à assurer une combinaison entre objectifs socle de santé publique en termes de couverture populationnelle minimale et normes de personnel permettant de remplir lesdits objectifs².

Nous accueillons favorablement les mesures visant à permettre de confier la direction des CPEF (renommés par le projet de loi en centres de santé sexuelle et reproductive) à des médecins ou à des sages-femmes, à autoriser les puéricultrices à prescrire des dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement, à engager un processus devant aboutir au remboursement des actes réalisés par les puéricultrices de PMI.

Nous réitérons notre demande de compléter les modalités de financement de la PMI, outre grâce à ce remboursement des actes de puéricultrices, par un financement socle de l'offre de service de PMI par l'État, en regard du financement consenti par les départements au titre de cette mission régaliennne décentralisée : cela en liant la hauteur de l'intervention de l'État à la couverture minimale d'offre de service attendue, à savoir l'atteinte des objectifs nationaux de santé publique.

¹ Il s'agit actuellement d'une puéricultrice pour 250 naissances et d'une sage-femme pour 1500 naissances.

² Étant entendu que ces normes de personnels sont à revisiter et à actualiser à l'occasion de l'élaboration d'un décret d'application.

Enfin, le projet de loi institue, à titre expérimental, la création de "*maisons de l'enfant et de la famille visant à améliorer la prise en charge des enfants et des jeunes et à assurer une meilleure coordination des professionnels de santé exerçant auprès d'eux*". Nous nous interrogeons sur l'absence de mention de la place des professionnels de périnatalité dans ce cadre, mais surtout nous alertons sur le fait que de telles structures de coordination ne sauraient pallier l'insuffisance notoire des moyens dévolus actuellement aux acteurs de santé concernés : PMI, santé scolaire, pédopsychiatrie, services de périnatalité, de maternité et de pédiatrie, de santé des adolescents... Nous appelons à renforcer très substantiellement les moyens humains et financiers de ces services pour rendre leur coordination fructueuse au sein des ces futures "*maisons de l'enfant et de la famille*".

Nous attirons également l'attention des parlementaires sur l'article 3bis du projet de loi qui vise à permettre de recruter "en dernier ressort" des infirmiers de pratique avancée en lieu et place du médecin référent de protection de l'enfance mentionné à l'article L. 221-2 du code de l'action sociale et des familles, lorsque les départements ont échoué à recruter un médecin pour remplir cette fonction. Nous rappelons qu'il n'existe pas d'infirmiers de pratique avancée dans le domaine de la pédiatrie et que les infirmiers ne bénéficient pas de formation en pédiatrie dans leur cursus de formation depuis 2009, en conséquences les seules professionnelles qui pourraient assumer cette fonction "en dernier ressort" devraient être des puéricultrices.

Avant l'examen du projet de loi par le Sénat, nous rappelons ci-dessous en annexe de ce communiqué nos principales propositions d'amendements au titre V du texte adopté par l'Assemblée Nationale, relatif à la protection maternelle et infantile.



Propositions d'amendements à l'article 12 du projet de loi relatif à la protection des enfants

**(en bleu les amendements votés modifiant la version en vigueur
du code de la santé publique, en orange nos propositions d'amendements)**

Article L2111-1

« I. - 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 identifiées par le ministre chargé de la santé, en concertation avec les représentants des départements et avec le président du Conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie, dans des conditions fixées par voie réglementaire. Ces priorités pluriannuelles d'action sont assorties d'objectifs opérationnels opposables, également fixées par voie réglementaire.

Une commission nationale PMI-planification familiale, animée conjointement par la direction générale de la santé et les représentants des départements, est chargée de co-construire les objectifs opérationnels mentionnés au premier alinéa et d'animer le réseau de la protection

maternelle et infantile et de la planification familiale. Sa composition et ses modalités de fonctionnement sont fixées par voie réglementaire. »

« II. - L'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent, dans les conditions prévues par le présent livre **en tenant compte des priorités nationales d'action et des objectifs opérationnels mentionnées au I**, 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** ;

3° Des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps ;

4° La surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que le contrôle, la surveillance et l'accompagnement des assistants maternels mentionnés à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles.

***Motif des amendements proposés à cet article :** La disposition instituant « des priorités pluriannuelles d'action en matière de protection et de promotion de la santé maternelle et infantile (...) identifiées par le ministre chargé de la santé, en concertation avec les représentants des départements » est une mesure attendue, d'ailleurs formulée également par Madame Peyron dans son rapport de mars 2019, et que nous approuvons. Mais au-delà, nous estimons que pour assurer l'effectivité de cette mesure sur tout le territoire et contribuer à lutter ainsi contre les inégalités de santé, ces priorités pluriannuelles d'action doivent être assorties d'objectifs opérationnels opposables. En outre, la participation du président du CA de la CNAM à la définition des priorités pluriannuelles d'action doit être mentionnée, ce qui renforcera l'implication effective des organismes d'assurance-maladie dans le pilotage de cette politique, en adéquation avec l'alinéa suivant qui prévoit que "l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent (...) à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile".*

Enfin la proposition d'instituer officiellement une commission nationale PMI-planification familiale reprend celle du rapport de Madame Peyron (page 105) visant à « reconstituer une fonction d'animation de la politique publique de PMI, faciliter les échanges entre professionnels et la mutualisation des outils, soutenir la recherche action, faire connaître les réalisations significatives et les bonnes pratiques ». Pour plus de précision sur la motivation de cette proposition, cf. notre note de novembre 2020³.

Article L2112-4

Les activités mentionnées aux articles L. 2112-2 et L. 2112-3 sont gérées soit directement, soit par voie de convention avec d'autres collectivités publiques ou des personnes morales de droit privé à but non lucratif ; elles sont organisées sur une base territoriale en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population **dans le respect d'objectifs nationaux de santé**

³ http://www.assureraevenirpmi.org/IMG/pdf/avis_assureraevenirpmi_gouvernance_dispositif_pmi_nov2020.pdf

publique et de normes minimales, opposables et fixés par voie réglementaire, visant à garantir un niveau minimal de réponse à ces besoins. Elles sont menées en liaison avec le service départemental d'action sociale et le service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

Motif de l'amendement proposé à cet article : Le rapport de Madame Peyron, députée, proposait l'institution d'objectifs socles en termes de couverture populationnelle des actes de prévention. Il indiquait aussi que ces objectifs doivent être opposables et contrôlables, l'Etat assurant un rôle de garant pour permettre aux départements les moins pourvus d'engager des dépenses nouvelles pour les atteindre. Dans la situation actuelle, le risque de captation des moyens de la PMI vers le secteur de la protection de l'enfance (déjà clairement souligné dans le rapport cité) est grandement majoré consécutivement à la pandémie. Dans ce contexte et pour ces raisons, la suppression des normes minimales quantitatives et de compétences du personnel de PMI fixées par décret risque de priver la stratégie énoncée d'une déclinaison opérationnelle effective. De façon pérenne le code de la santé publique devrait assurer une combinaison entre objectifs socle de santé publique en termes de couverture populationnelle minimale et normes de personnel permettant de remplir lesdits objectifs⁴. Faute de quoi, une logique de rendement risque de s'imposer, contraire à la qualité des prestations offertes au public concerné par l'action de la PMI, ou alors de délaissement d'autres actions de PMI non visées par les objectif socles et pourtant extrêmement bénéfiques en terme de prévention tels les accueils parents-enfants en PMI ou les actions artistiques et culturelles en faveur des jeunes enfants.

Article L2112-7

Lorsque des examens pré-nuptiaux et les examens institués par les articles L. 2122-1, deuxième alinéa, L. 2122-3 et L. 2132-2, deuxième alinéa, sont pratiqués par les professionnels de santé du service départemental de protection maternelle et infantile et concernent des assurés sociaux ou leurs ayants droit, les frais y afférents sont remboursés au département par les organismes d'assurance maladie dont relèvent les intéressés selon le mode de tarification prévu à l'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale.

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.

Les agences régionales de santé, mentionnées au titre III du livre IV de la première partie du présent code, participent au financement des objectifs nationaux de santé publique définis à l'article 2112-4 du présent code. Les modalités d'application du présent alinéa sont définies par voie réglementaire.

Dans les départements où, à la date d'entrée en vigueur de la loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé, de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé, une convention fixe les conditions de la participation des organismes d'assurance maladie au fonctionnement du service départemental de protection maternelle et infantile, celle-ci demeure en vigueur, sauf dénonciation dans les conditions prévues par ladite

⁴ Étant entendu que ces normes de personnels sont à revisiter et à actualiser à l'occasion de l'élaboration d'un décret d'application.

convention. En cas de dénonciation, les dispositions du premier alinéa et éventuellement du deuxième alinéa du présent article sont applicables.

Motif de l'amendement proposé à cet article : *Cet amendement vise à assurer un financement socle de l'offre de service de PMI par l'État, en regard du financement consenti par les départements au titre de cette mission régaliennne décentralisée, en liant la hauteur de l'intervention de l'État à une couverture minimale d'offre de service attendue, à savoir l'atteinte des objectifs nationaux de santé publique définis à l'article 2112-4 du présent code. Un tel mécanisme sera incitatif pour que les départements rattrapent et dépassent l'offre de service attendue. Elle permettra de soutenir l'engagement des départements à poursuivre un objectif pérenne de niveau de soins préventifs en santé familiale, infantile et sexuelle à moyen et long terme. L'application de cette disposition par voie réglementaire en précisera les modalités (cf. nos propositions en ce sens à Monsieur Adrien Taquet lors de l'entrevue du 11 mars 2020⁵).*

⁵ http://www.assureravenirpmi.org/IMG/pdf/propositions_plateforme_assureravenirpmi_entrevue_adrien-taquet_11mars2020.pdf