

NB : Les propositions ci-après constituent les positions initiales de la plate-forme "Assurer l'avenir de la PMI", elles ont été pour partie révisées lors des consensus établis dans le cadre du groupe de travail ministériel en juillet 2022, le document principal reprend largement les éléments issus de ce consensus.

**Propositions de la plate-forme "Assurer l'avenir de la PMI"
(incluant l'ANPDE, l'ANSFT, l'ANAPSY-pe et le SNMPMI)
concernant les objectifs nationaux de santé publique
mentionnés à l'article L. 2112-4 du code de la santé publique**

Le rapport de Madame Michèle Peyron a proposé un certain nombre d'objectifs de couverture populationnelle pour les missions de PMI, notamment :

Bilans de santé en école maternelle	<i>Objectif cible : BSEM pour 100 % des enfants de Moyenne Section</i>
Consultations infantiles	<i>Objectif cible : couvrir les besoins en examens obligatoires pour 20 % des enfants entre 0-6 ans</i>
Visites à domicile par les puéricultrices	<i>Objectif cible : VAD pour 20 % des 0-3 ans (3 VAD/an) sur critères médicaux et sociaux</i>
Visites à domicile prénatales par les sages-femmes	<i>Objectif cible : VAD pour 20 % des femmes enceintes (3 VAD)</i>
Entretien prénatal précoce	<i>Objectif cible : +20 000 EPP par an jusqu'à couvrir 20 % des besoins en EPP</i>

La plate-forme "Assurer l'avenir de la PMI" émet les propositions suivantes :

NB1 : étant entendu qu'il s'agit de propositions d'objectifs minimaux et qu'en fin de document nous examinons des éléments permettant une approche plus territorialisée de ces objectifs

NB2 : étant entendu que les objectifs minimaux proposés sont à inscrire dans une montée en charge progressive (par exemple sur 5 ans)

1°) Consultations infantiles et visites à domicile auprès des enfants :

- Considérant que la PMI est ouverte à toutes les familles, sur la base d'un principe d'universalisme proportionné,
- Considérant que 20% des enfants vivent actuellement en France sous le seuil de pauvreté,
- Considérant que la PMI doit pouvoir accueillir ces 20% d'enfants dont les familles souffrent de difficultés particulièrement marquées dans l'accès aux soins, mais qu'elle ne saurait exclure de ses activités d'autres enfants et familles,
- Considérant que le service rendu doit consister en un suivi de la santé et du développement de l'enfant et non en une intervention ponctuelle : réalisation du calendrier des examens obligatoires de santé entre la naissance et 6 ans, réalisation de visites à domicile permettant d'assurer une continuité de l'action préventive auprès des familles concernées.
- Considérant que les soins préventifs auprès des enfants sont par ailleurs mal assurés du fait de la désertification pédiatrique sur de nombreux territoires et de la désertification médicale généraliste également,

⇒ Nous proposons de fixer un objectif minimal de 25 à 30% d'enfants bénéficiant en PMI des consultations infantiles selon le calendrier des examens obligatoires et un objectif minimal de 25 à 30% d'enfants bénéficiant des visites à domicile par les puéricultrices (3 durant la première année et 2 durant la deuxième année).

2°) Consultations de suivi de grossesse et visites à domicile prénatales :

- Considérant qu'il convient de définir des objectifs concernant à la fois les consultations prénatales et les visites à domicile prénatales, ces deux modalités étant indispensables et complémentaires¹, ceci dans un contexte où les indicateurs d'activité de la PMI dans ces domaines se sont extrêmement contractés dans les 25 dernières années (cf. études DREES et rapport Peyron) et où les récentes alertes concernant la remontée de la mortalité infantile imposent d'inverser cette tendance,
- Considérant que le service rendu doit consister en un suivi de la grossesse et non en une intervention ponctuelle auprès de la femme enceinte : réalisation d'une part du calendrier des examens obligatoires de suivi de la grossesse, d'autre part de visites à domicile auprès des femmes qui le nécessitent,
- Considérant qu'environ 15% des adultes vivent en France sous le seuil de pauvreté et que l'approche d'universalisme proportionné évoquée ci-dessus pour le suivi des enfants implique les mêmes conséquences pour le suivi des femmes enceintes,
- Considérant que la PMI doit pouvoir accueillir ces 15% de femmes souffrant de difficultés particulièrement marquées dans l'accès aux soins, mais qu'elle ne saurait exclure de ses activités d'autres femmes enceintes,
- Considérant que les femmes suivies en PMI doivent pouvoir y bénéficier de l'EPP et de l'EPN et que certaines femmes peuvent y être adressées également face à des fragilités repérées par des professionnels de ville,
- Considérant que le suivi des femmes enceintes souffre également de carences par les services hospitaliers d'obstétrique et dans bien des territoires de la désertification médicale,

⇒ Nous proposons de fixer un objectif minimal de 20% de femmes enceintes bénéficiant en PMI des consultations prénatales selon le calendrier des examens obligatoires et un objectif minimal de 20% de femmes enceintes bénéficiant des visites à domicile par les sages-femmes.

¹ Le suivi de grossesse en PMI fait partie de l'offre de soin des réseaux de périnatalité, selon les besoins de chaque territoire et les moyens qui y sont dévolus par les départements. Dans la mesure du possible, toute femme qui en fait la demande peut faire suivre sa grossesse en PMI, et en particulier les femmes sans couverture sociale. Ce suivi s'effectue selon les mêmes modalités qu'en libéral ou à l'hôpital, suivant les textes réglementaires: Il comprend au moins 7 consultations et un entretien prénatal, ainsi qu'une consultation et généralement un entretien postnatals. Au moins une consultation doit avoir lieu à la maternité avant l'accouchement. Le suivi complémentaire à domicile s'adresse par contre à des patientes dont la vulnérabilité médicale, psychologique ou sociale est repérée à partir de la déclaration de grossesse, en prévention primaire, selon certains critères qui y apparaissent (« l'aller vers »), ou suite à l'orientation faite par un autre professionnel de la PMI, de l'hôpital, de la ville (médical ou ASE, services sociaux, centres d'hébergements, associations...), en prévention secondaire. Certaines patientes vues en consultations en centres de PMI peuvent aussi être vues à domicile après leur prise en charge par l'hôpital quand un accompagnement spécifique reste indispensable. Ses modalités sont adaptées au cas par cas, mais généralement plusieurs rencontres sont nécessaires pour qu'une relation de confiance s'établisse, et qu'un vrai projet s'élabore autour de la famille, faisant souvent intervenir de manière coordonnée ville, hôpital et PMI.

⇒ Nous proposons d'y inclure un objectif minimal de 20% de femmes bénéficiant en PMI de l'EPP et de l'EPN.

3°) Bilan de santé pour les enfants autour de 4 ans à l'école maternelle :

- En accord avec les préconisations du rapport de Madame Peyron et dans le respect des textes législatifs,

⇒ Nous rejoignons la proposition de fixer un objectif de 100% d'enfants bénéficiant des bilans de santé en école maternelle réalisés par la PMI.

4°) Consultations et actions en santé sexuelle :

- Considérant que la stratégie nationale de santé sexuelle préconise le suivi annuel de toutes les jeunes femmes de 15 à 25 ans ainsi que celui de tous les jeunes hommes de 15 à 30 ans, ainsi que le dépistage annuel des infections à chlamydiae et gonocoques²,

- Considérant que la prévention et l'accompagnement en santé sexuelle, autour des objectifs d'accès à la contraception, à l'IVG, de promotion de la santé sexuelle, de lutte contre les IST, de lutte contre les violences conjugales... souffre également d'une insuffisance d'offre de service et de désertification médicale dans de nombreux territoires,

- Considérant ici encore qu'environ 15% des adultes vivent en France sous le seuil de pauvreté et que l'approche d'universalisme proportionné évoquée ci-dessus pour le suivi des enfants et des femmes enceintes implique les mêmes conséquences pour l'offre de consultation en santé sexuelle,

- Considérant que les jeunes de 12 à 18 ans pris en charge par l'ASE constituent un public particulièrement vulnérable et à risque en terme de santé sexuelle³,

² L'évolution de la dénomination (février 2022) des CPEF en CSS doit s'accompagner d'une évolution des missions ; élargissement du public aux hommes aussi bien dans la gestion de la contraception que dans le dépistage systématique des IST ; évolution sociétale ++ la charge de la contraception ne peut plus être assumée par les femmes seulement.

Demande forte émanant des jeunes de lieux de consultation inclusifs, non genrés respectueux des identités et orientations sexuelles, pas nécessairement communautaires ; la création de la première consultation de santé sexuelle (CCP 46€) s'inscrit dans le même cadre ainsi que son extension aux hommes de moins de 25 ans le 01 04 2022.

Les CSS ne peuvent se limiter aux seul.e.s mineur.e.s alors que le constat de difficultés d'accès aux soins en santé sexuelle a conduit à la création de cet acte et à la prise en charge de la contraception le 01 01 2022 à 100% jusqu'à l'âge de 25 ans ; la tranche d'âge 18-25 ans est vulnérable pour les questions de santé sexuelle (mobilité, rupture parcours et affiliation SS)

³ Deux idées fortes autour de la santé sexuelle de ces enfants :

- Prendre en compte l'impact des violences subies dans les comportements sexuels et en minimiser les risques :

* Entrée plus précoce dans la sexualité active,

* Contexte plus fréquent de violences sexuelles,

* Prises de risque beaucoup plus fréquentes dans le champ de la sexualité (faible estime d'eux même, peu sensibles aux messages de prévention délivrés de façon standardisée) nécessité de développer un accompagnement personnalisé (les actions collectives ne suffisant pas pour eux).

- Ouvrir un espace de parole sur la question de la maternité pour prévenir les grossesses très précoces (grossesses ayant une fonction supposée de réparation, mauvais pronostic pour la mère et l'enfant, taux de placement important).

Débuter cet accompagnement avant la puberté, dès l'âge de 12 ans max. Suivi annuel.

Vaccinations et dépistages ; sensibilisation filles ET garçons à l'impact d'une parentalité précoce : informations contraception non genrées.

- Considérant que les programmes de l'éducation nationale prévoient de longue date des actions collectives répétées au cours de toute la scolarité, d'éducation pour la santé en matière de sexualité, de contraception, de lutte contre les violences sexuelles,

⇒ Nous proposons de fixer un objectif minimal de 20% de femmes et d'hommes de 15 à 30 ans bénéficiant de consultations de santé sexuelle (ex. planification familiale).

⇒ Nous proposons de fixer l'objectif que 100% des enfants de 12 à 18 ans pris en charge par l'ASE bénéficient d'une consultation annuelle de santé sexuelle.

⇒ Nous proposons de fixer l'objectif que les équipes de centres de santé sexuelle (conseillères conjugales, infirmières, sages-femmes) animent une des séances d'action collective en classe de 4ème pour 100% des collégiens.

5°) Consultations psychologiques et consultations de psychomotricité :

- Considérant que le suivi des femmes enceintes, des jeunes enfants, des jeunes adultes révèle régulièrement des dimensions de souffrance psychique, de difficultés développementales plus ou moins sévères, jusqu'à la suspicion de handicaps,

- Considérant que les troubles anxieux touchent de 5 à 15% des femmes durant la grossesse, que le baby blues touche 80% des femmes, que la dépression du post-partum est susceptible de toucher 15% des mères et 7% des pères, avec des manifestations modérées à majeures⁴, nécessitant dépistage et accompagnement vers les soins,

- Considérant que les troubles du neuro-développement touchent environ 5% des enfants⁵,

- Considérant que les difficultés dans les inter-relations parent-nourrissons sont fréquentes dans notre pratique (troubles du sommeil - prévalence entre 20 et 50% en fonction des définitions du trouble utilisées⁶ - , des conduites alimentaires - prévalence 25%⁷ -, pleurs prolongés - prévalence 25% -⁸...),

- Considérant que ces prévalences sont mesurées en population générale et ne tiennent pas compte des majorations de proportion pour des familles en difficultés économiques, des familles ayant un parcours de migration, ou au sein desquelles règne un climat de violences familiales, toutes situations que nous accueillons davantage en PMI, donc ces chiffres sont à majorer pour la patientèle reçue en PMI,

- Considérant qu'une prise en charge préventive précoce est susceptible d'éviter de façon non négligeable une évolution vers des troubles développementaux ou psychopathologiques plus noués, mais aussi de permettre dépistage et accompagnement vers des soins plus spécialisés,

- Considérant le rôle spécifique des psychologues en prévention et accompagnement dans les situations de risque ou de danger en protection de l'enfance,

⇒ Nous proposons de fixer un objectif minimal de 15% d'enfants, de jeunes et de femmes enceintes accueillis en PMI, bénéficiant de consultations et d'actions de soutien par des psychologues, c'est-à-dire 5% de la population générale de ces catégories.

⇒ Nous proposons de fixer un objectif minimal de 10% de jeunes enfants accueillis en PMI, bénéficiant de consultations et d'actions de soutien par des psychomotriciens, c'est-à-dire 3% des enfants de moins de 6 ans.

⁴ http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2019/10/J-Van-Der-Waerden_3-oct.pdf

⁵ <https://handicap.gouv.fr/la-strategie-nationale-autisme-et-troubles-du-neuro-developpement>

⁶ <https://www.cairn.info/revue-devenir-2010-2-page-133.htm>

⁷ <https://www.cairn.info/revue-devenir-2001-2-page-11.htm>

⁸ <https://www.cairn.info/revue-devenir-2010-2-page-163.htm>

NB1 :

Les objectifs proposés du 1° et 5° sont conçus comme des niveaux minimaux de couverture populationnelles à atteindre pour ces activités, avec une montée en charge progressive et un délai de mise en place qui pourrait être fixé à 5 ans.

NB2 :

Une déclinaison plus territorialisée du taux de couverture qu'on souhaite atteindre pourrait être appuyée sur un indicateur synthétique de santé et socio-démographique au niveau départemental, conduisant si nécessaire à majorer les objectifs minimaux définis au niveau national.

Cet indicateur procèderait de 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 du territoire, etc.

En résumé :

Nous proposons les objectifs minimaux de couverture populationnelle suivants :

Consultations et visites à domicile auprès des enfants de 0 à 6 ans	- 25 à 30% d'enfants bénéficiant en PMI des consultations infantiles selon le calendrier des examens obligatoires - 25 à 30% d'enfants bénéficiant des visites à domicile par les puéricultrices (3 durant la première année et 2 durant la deuxième année).
Bilans de santé en école maternelle autour de 4 ans	- 100% d'enfants bénéficiant des bilans de santé en école maternelle réalisés par la PMI.
Consultations de suivi de grossesse et visites à domicile prénatales	- 20% de femmes enceintes bénéficiant en PMI des consultations prénatales selon le calendrier des examens obligatoires - 20% de femmes enceintes bénéficiant des visites à domicile par les sages-femmes. - 20% de femmes bénéficiant en PMI de l'EPP et de l'EPN.
Consultations et actions en santé sexuelle	- 20% de femmes et d'hommes de 15 à 30 ans bénéficiant de consultations de santé sexuelle (ex. planification familiale). - 100% des enfants de 12 à 18 ans pris en charge par l'ASE bénéficiant d'une consultation annuelle de santé sexuelle. - animation d'une des séances d'action collective en classe de 4ème pour 100% des collégiens par les équipes de centres de santé sexuelle (conseillères conjugales, infirmières, sages-femmes).
Consultations psychologiques et consultations de psychomotricité	- 15% d'enfants, de jeunes et de femmes enceintes accueillis en PMI, bénéficiant de consultations et d'actions de soutien par des psychologues, c'est-à-dire 5% de la population générale de ces catégories. - 10% de jeunes enfants accueillis en PMI, bénéficiant de consultations et d'actions de soutien par des psychomotriciens, c'est-à-dire 3% des enfants de moins de 6 ans



Propositions relatives à la réalisation des examens obligatoires de l'enfant (extrait de notre contribution au rapport Peyron - 2018)

Principes de coopération interprofessionnelle en PMI et modalités de réalisation des examens obligatoires de l'enfant par la PMI

La richesse du dispositif de PMI repose en grande partie sur son approche globale de la santé maternelle, familiale et infantile, à la fois médicale, psychologique, sociale et éducative. Sur cette base la constitution d'équipes largement pluridisciplinaires est un acquis essentiel des services de PMI, pour apporter les réponses les plus ajustées aux demandes et besoins des usagers. Cette pluridisciplinarité, qui s'exprime au quotidien par un travail collaboratif et collégial, et non par une simple juxtaposition d'interventions plus ou moins articulées, est un atout précieux à préserver. C'est dans ce cadre que devraient être abordées les modalités à venir pour assurer un continuum dans le parcours de suivi de l'enfant en termes d'examens obligatoires, impliquant la coordination entre médecins et puéricultrices.

L'expérience acquise en PMI est celle d'une "complémentarité interactive dans l'action" des professionnels de PMI (médecins, puéricultrices, psychologues, éducatrices, auxiliaires...) auprès des enfants (mais aussi des femmes, des jeunes et des familles). Nous abordons donc cette question des complémentarités et des coopérations, en écartant des solutions de substitution d'exercice de telle ou telle compétence d'un métier vis-à-vis d'un autre qui reposerait sur l'idée erronée d'une interchangeabilité des compétences, mais en mettant en valeur le principe de complémentarité interactive d'exercice des métiers.

Dans ces conditions, il convient d'envisager les évolutions à venir sous l'angle de réarticulations concertées des temps d'intervention des médecins et puéricultrices : quels moments clés dans le suivi préventif médical et du développement de l'enfant, pour les interventions respectives et articulées du médecin et de la puéricultrice ? Autrement dit, dans le calendrier des examens obligatoires de l'enfant, concernant la tranche d'âge 15 jours-6ans, nous proposons que l'articulation des consultations médicales et de puériculture s'organise comme suit.

Il convient de noter que si la réalisation de certains des examens obligatoires de l'enfant par une puéricultrice était retenue, cette nouvelle procédure appellerait nécessairement leur prise en charge par l'assurance maladie et l'aménagement de leur responsabilité professionnelle (rappels de vaccinations de leur propre initiative). Cette possibilité pose par ailleurs la question de la coordination en médecine de ville : si la coordination entre médecins et puéricultrices de PMI est bien rôdée et quotidienne, elle reste à inventer entre pratique médicale de ville et puéricultrice de ville.

Proposition de calendrier habituel des consultations obligatoires de l'enfant entre 15 jours et 6 ans, avec les contributions respectives des médecins et puéricultrices

Nous proposons de réintroduire deux examens obligatoires entre 1 et 2 ans : vers 15-16 mois (notamment rattrapage ROR) et vers 18-20 mois (notamment dépistage des troubles sévères du développement). Dans cette hypothèse, et sous réserve de réaménagements concertés en

fonction de la situation de chaque enfant, le médecin intervient à 11 reprises et la puéricultrice à 6 reprises

Examen à 15 jours	médecin
Examen à 1 mois	médecin
Examen à 2 mois	médecin
Examen à 3 mois	puéricultrice (ou médecin)
Examen à 4 mois	médecin
Examen à 5 mois	médecin
Examen à 6 mois	puéricultrice (ou médecin)
Examen à 9 mois	médecin
Examen à 11 mois	puéricultrice* (ou médecin)
Examen à 12 mois	médecin
Examen à 15-16 mois	puéricultrice** (ou médecin)
Examen à 18-20 mois	médecin
Examen à 24 mois	médecin
Examen à 36 mois	médecin
Examen à 48 mois (± 6 mois) ⁹	puéricultrice (ou médecin) à l'école***
Examen à 60 mois	puéricultrice (ou médecin)
Examen à 72 mois (± 6 mois) ¹	médecin (scolaire notamment) à l'école***

* la possibilité qu'une puéricultrice réalise la consultation à 11 mois suppose que la réglementation lui permette de procéder au rappel de vaccination hexavalente de sa propre initiative.

** la possibilité qu'une puéricultrice réalise la consultation à 15-16 mois suppose que la réglementation lui permette de procéder au rappel de vaccination ROR de sa propre initiative.

*** dans le cadre du protocole de coopération sur les bilans de santé en école maternelle en cours d'élaboration.

Nous rappelons, alors même qu'il n'est pas (encore) question de pratiques avancées dans le domaine de la pédiatrie, que le médecin demeure le seul coordinateur du suivi obligatoire de l'enfant, le seul à pouvoir décider de la stratégie diagnostique d'ensemble et des choix thérapeutiques (cf. réflexion sur les pratiques avancées, Ordre des médecins, juin 2018). Dans ce cadre et en dialogue avec la puéricultrice, le calendrier habituel des consultations respectives des deux professions (cf. tableau ci-dessous) a vocation à être réaménagé en fonction de la pathologie ou des difficultés de développement de chaque enfant ou des spécificités de sa famille. Tout au long du parcours de suivi de l'enfant l'échange médecin-puéricultrice permet d'ajuster les temps d'alternance des consultations aux besoins de prévention, de dépistage et de soins de l'enfant.

⁹ Les médecins de PMI, comme les médecins scolaires ont l'atout immense d'intervenir dans les lieux de vie de l'enfant comme l'école maternelle ou l'école primaire, ou pour les enfants plus jeunes d'être présents ou avec lien facilité dans les lieux d'accueil (crèches, assistantes maternelles...). Ce fait leur permet d'être à l'écoute des observations des autres professionnels (puéricultrices, éducateurs de jeunes enfants, assistantes maternelles, professeurs des écoles, et pour les enfants avec des besoins particuliers, psychologues des RASED, auxiliaires de vie scolaire...) et ainsi d'affiner leur diagnostic grâce des observations dans la durée (qui ne se limitent ainsi pas au temps d'une consultation). Ils peuvent alors proposer aux familles une véritable coordination dans la prise en charge de l'enfant, à la différence des médecins traitants qui restent extérieurs à ces lieux de vie extra familiaux, et qui n'en ont que des éléments indirects par la transmission parentale. C'est pourquoi nous préconisons que les examens de 4 et 6 ans restent situés dans l'enceinte scolaire et soient effectués par les médecins de PMI et scolaires spécifiquement formés aux enjeux de Santé Publique, avec la possibilité de remontées fiables et universelles de données épidémiologiques pour ces âges clefs.

ANNEXE 3

Proposition de calcul pour les normes minimales de puéricultrices en PMI

À noter : la DREES indique que 4520 ETP de puéricultrices, financés par les départements, sont effectivement consacrés à la PMI en 2019, ce qui correspond, en terme d'efforts concrets consentis par les départements, à 1 ETP de puéricultrice pour 166 naissances.

Le principe est de calculer le nombre d'ETP requis sur le plan national pour chaque mission revenant à ces professionnel.les, tout en tenant compte d'objectifs minimaux de couverture populationnelle attendus. Étant entendu que les normes minimales proposées sont à inscrire dans une montée en charge progressive (par exemple sur 5 ans).

Données utilisées pour réaliser les calculs :

- Nombre de naissances : base 750 000 naissances, sous estimée par rapport aux données INSEE : 772 089 naissances en moyenne 2014-2020 (INSEE Naissances 2014-2020¹⁰).
 - Taux de couverture minimale attendue pour les actions de PMI : ces taux sont ceux effectivement retenus par la DGS.
 - Durée de travail annuelle : les calculs sont établis à partir d'une durée annuelle de 45 semaines de travail (hors congés et RTT) = 450 demi journées de travail.
 - Nombre de lieux de consultations = 4800 dont 84% pour des consultations infantiles (4000).
- Source DREES E&R n°1227 mars 2022.

1) Consultations conjointes puéricultrices-médecin dans le cadre du suivi obligatoire des enfants de 0 à 6 ans pour 20% des enfants de 0-6 ans : sur la base de 750 000 naissances/an, 20% représentent 150 000 enfants. En retenant la part de suivi par la PMI à 12 examens obligatoires chacun → $12 \times 150\,000 = 1\,800\,000$ examens.

En comptant 8 enfants vus par demi journée, cela correspond à 225 000 séances de consultations par an, sur la base de 450 demi-journées de travail annuel, on aboutit à **500 ETP de puéricultrice**.

2) Consultations de puéricultrices :

Cette activité, complémentaire à celle des consultations conjointes avec le médecin et à celle des visites à domicile implique au minimum deux interventions par enfant (le plus souvent lors du premier contact avec la PMI puis au moins une seconde fois pour assurer la continuité de ce premier contact. Pour 20% d'enfants, et sur la base de 5 enfants vus par demi-journée dans ce cadre, cela représente : $150\,000 \times 2 = 300\,000$ consultations soit 60 000 demi-journées, soit **133 ETP de puéricultrice**

3) Visites à domicile de prévention (hors IP) pour 20% minimum des enfants de 0-6 ans, sur la base de 2 visites minimum par enfant :

Cela implique la réalisation de 300 000 visites à domicile ou entretiens de prévention par an : sur la base de 1 à 2 enfants vus par demi-journée en moyenne (selon les territoires les temps de déplacements expliquent cette disparité, on retient donc 1,5 VAD en moyenne pour une demi-journée), cela nécessite 200 000 demi-journées par an (avec même hypothèse de travail de 10 demi-journées par semaine sur 45 semaines par puéricultrice) ⇒ ce qui nécessite **444 ETP de puéricultrice**.

¹⁰ https://www.insee.fr/fr/statistiques/5424212?geo=FE-1#tableau-RFD_G1

4) Bilan de santé en école maternelle par délégation pour 90% des enfants = 675 000
BSEM par an : sur la base de 4 enfants vus par BSEM d'une demie journée (pour tenir compte des liens avec les écoles, du suivi des orientations...) = 168 750 séances de BSEM par an $\Rightarrow$ ce qui nécessite **375 ETP de puéricultrice**.

5) Formation des assistantes maternelles :

Le nombre d'assistantes maternelles agréées en moyenne annuelle en 2018 et 2019 s'élève à 17350 (données DREES - l'année 2020 n'a pas été prise en considération du fait de la pandémie covid qui a eu un impact défavorable sur l'activité d'agrément des services de PMI). Cela entraîne un besoin de 17350 fois 120 heures de formation que le code de santé public confie aux services de PMI. Les puéricultrices sont les professionnelles parmi les plus investies dans ces séances de formation : en considérant qu'elles assurent 50% de la formation, cela équivaut donc à 17350 fois 60 heures consacrées par les puéricultrices de PMI à la formation obligatoire des assistantes maternelles $\Rightarrow$ 1 041 000 heures ce qui nécessite **2313 ETP de puéricultrice**

6) Missions dans le cadre de la protection de l'enfance :

Sachant que les enfants de moins de 6 ans confiés à l'ASE = 14% de 188 000 enfants confiés = 26 341 enfants. Et que les enfants de moins de 6 ans bénéficiant d'une action éducative = 20% de 166 500 = 33 370 enfants. Donc il y a 59 711 enfants de moins de 6 ans concernés par une mesure ASE¹¹. Sur 4,5 millions d'enfants de 0-6 ans, cela concerne donc 1,33 % des enfants de cette tranche d'âge. L'expérience montre qu'environ 3 IP dans cette tranche d'âge débouchent sur une mesure donc cela concerne 3,99% des enfants.

Compter 20 heures pour l'évaluation d'une IP est un consensus : 5 demi journées. On aurait donc $4\,500\,000 \times 0,0399 = 179\,550$ IP par an pour les moins de 6 ans.

$179\,550 \text{ IP} \times 5 = 897\,750$ demi journées $\Rightarrow$ cela nécessite **1995 ETP de puéricultrices**.

7) Missions d'administration des centres de consultations PMI : la DREES estime à 4800 le nombre de points de consultations PMI (E&R 1227, mars 2022) dont ceux consacrés aux consultations infantiles et actes de puériculture = 4000 points de consultations PMI (source site Drees). On évalue la part moyenne du temps de travail consacrée à ces missions à 1 jour par mois $\Rightarrow$ dans ce cas, 5% d'ETP consacré à 4000 points de consultations $\Rightarrow$ cela nécessite **200 ETP de puéricultrices**.

8) Mission de liaison :

Elle sont évaluées à 10 % du temps de travail de prévention (points 1 à 4) et de protection de l'enfance (point 6) $\Rightarrow$ **345 ETP**

$\Rightarrow$ En première approximation, l'ensemble correspondrait à 6305 ETP de puéricultrices : sur la base de 750 000 naissances cela correspond à : 1 ETP de puéricultrice pour 119 naissances (à mettre en regard du taux effectif actuel d'1 pour 166).

Cette norme est établie sans tenir compte des fonctions d'encadrement occupées par des puéricultrices

¹¹ Source : L'aide et l'action sociales en France, édition 2020 - DREES : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/L%E2%80%99aide%20et%20l%E2%80%99action%20sociales%20en%20France%20-%20Perte%20d%E2%80%99autonomie,%20handicap,%20protection%20de%20l%E2%80%99enfance%20et%20insertion%20-%20%C3%89dition%202020.pdf>

ANNEXE 4

Proposition de calcul pour les normes minimales de médecins en PMI

À noter : la DREES indique que 1680 ETP de médecins, financés par les départements, sont effectivement consacrés à la PMI en 2019¹², ce qui correspond, en terme d'efforts concrets consentis par les départements, à 1 ETP de médecin pour 446 naissances, en 2016 il y avait 1950 ETP donc 1 ETP pour 384 naissances.

Le principe est de calculer le nombre d'ETP requis sur le plan national pour chaque mission revenant à ces professionnel.les, en tenant compte d'objectifs minimaux de couverture populationnelle attendus. Étant entendu que les normes minimales proposées sont à inscrire dans une montée en charge progressive (par exemple sur 5 ans).

Données utilisées pour réaliser les calculs :

- Nombre de naissances : base 750 000 naissances, sous estimée par rapport aux données INSEE : 772 089 naissances en moyenne 2014-2020 (INSEE Naissances 2014-2020¹³)..
 - Taux de couverture minimale attendue pour les actions de PMI : ces taux sont ceux effectivement retenus par la DGS.
 - Durée de travail annuelle : les calculs sont établis à partir d'une durée annuelle de 45 semaines de travail (hors congés et RTT) = 450 demi journées de travail.
 - Nombre de lieux de consultations = 4800 dont 84% pour des consultations infantiles (4000).
- Source DREES E&R n°1227 mars 2022.*

1) Consultations de médecins dans le cadre du suivi obligatoire des enfants de 0 à 6 ans pour 20% minimum des enfants de 0-6 ans : sur la base de 750 000 naissances/an et de 12 consultations effectuées par les médecins pour ces enfants : 1 800 000 examens à réaliser chaque année : sur la base de 8 enfants vus par consultation de médecin d'une demie journée = 225 000 séances de consultations par an. Hypothèse de travail de 10 demi-journées par semaine sur 45 semaines par médecin $\Rightarrow$ 450 demi-journées de travail par médecin par an $\Rightarrow$ ce qui nécessite **500 ETP de médecins.**

Il faut y ajouter des consultations longues dans le cadre des certificats de santé (9è et 24è mois) et du suivi pour des situations complexes (développement, protection, handicap, suivi des nouveaux nés à risque en collaboration avec des réseaux périnatalité) pour 20% parmi ces enfants de 0-3 ans, c'est-à-dire 30 000 enfants X 3, avec 3 consultations longues sur la base de 4 consultations par demi journée : $90\,000/4/450 \Rightarrow$ **50 ETP de médecins.**

$\Rightarrow$ **Total mission consultation pédiatrique = 550 ETP de médecins.**

2) Participation à la mission bilans de santé en école maternelle

a) Temps de coordination avec les puéricultrices situées en première ligne: échanges sur la situation de 30% enfants (dépistages et observations ainsi que suivi des orientations), sur les méthodes de dépistages et l'organisation de la mission.

10 mn par enfant et par an : 202 500 enfants : 24 situations examinées par demi-journée : 8437 séances $\Rightarrow$ **19 ETP médecin**

¹² DREES E&R n°1227 mars 2022

¹³ https://www.insee.fr/fr/statistiques/5424212?geo=FE-1#tableau-RFD_G1

b) Suites des bilans de santé en école maternelle pour 20% des enfants vus en BSEM :

suite aux bilans effectués par délégation par les puéricultrices on peut évaluer à environ 20% la part des enfants qui nécessiteraient une consultation par le médecin délégué, soit 135 000 enfants. Les consultations à leur accorder sont des consultations longues correspondant à des situations complexes = 1 heure par enfant donc 4 enfants vus par séance ce qui correspond à 33 750 séances $\Rightarrow$ **75 ETP de médecins**

+ 1 heure de liaison pour chaque enfant $\Rightarrow$ **75 ETP de médecins**

c) Constitution des dossiers MDPH : 3 heures de constitution de dossier MDPH et présence en REE pour 5% des enfants (qui correspondent à 1/4 des enfants revus) : 33750 enfants concernés, 101250 heures de travail, 28928 séances $\Rightarrow$ **64 ETP de médecins**

$\Rightarrow$ **Total mission BSEM: 233 ETP**

3) Participation aux missions de prévention santé en protection de l'enfance :

a) Bilan d'entrée + bilan annuel prévus par les textes

Sachant que les enfants de moins de 6 ans confiés à l'ASE = 14% des enfants confiés càd de 188 150 enfants = 26 341 enfants. Et que les enfants de moins de 6 ans bénéficiant d'une action éducative = 20% de 166 850 = 33 370 enfants. Donc il y a 59 711 enfants de moins de 6 ans concernés par une mesure ASE¹⁴.

Pour ces enfants, la participation des médecins de PMI est requise du fait de l'article L223-1-1 du code de l'action sociale et des familles qui stipule que « Il est établi, pour chaque mineur bénéficiant d'une prestation d'aide sociale à l'enfance, hors aides financières, ou d'une mesure de protection judiciaire, un document unique intitulé " projet pour l'enfant " (...) L'élaboration du projet pour l'enfant comprend une évaluation médicale et psychologique du mineur afin de détecter les besoins de soins qui doivent être intégrés au document », d'autre part l'article 375 du code civil stipule qu'« Un rapport concernant la situation de l'enfant doit être transmis annuellement, ou tous les six mois pour les enfants de moins de deux ans, au juge des enfants. Ce rapport comprend notamment un bilan pédiatrique, psychique et social de l'enfant ».

Si les médecins de PMI interviennent dans ces situations pour 80% des enfants concernés (au nombre de 59 711), ils devront réaliser 48 000 consultations par an auprès de ces enfants (1 heure de consultation + 1 heure de liaison auprès d'autres professionnels de santé, des éducateurs chargés du suivi de l'enfant, éventuellement des enseignants...) = 96 000 heures par an = 27429 séances par an

$\Rightarrow$ **61 ETP de médecins.**

Auquel il faut ajouter un deuxième bilan pour les moins de deux ans (1/3 de la population concernée) $\Rightarrow$ **20 ETP de médecins.**

b) Suivi préventif de santé des enfants confiés à l'ASE :

Sur la base de 26341 enfants (cf. ci-dessus) et d'une moyenne de 3 consultations par an pour chacun (entre la naissance et 6 ans) hormis les bilans annuels : 79023 consultations par an = 158 046 heures (1 heure de consultation + 1 heure de liaison) = 45156 séances $\Rightarrow$ **100 ETP de médecins**

¹⁴ Source : L'aide et l'action sociales en France, édition 2020 - DREES : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/L%E2%80%99aide%20et%20l%E2%80%99action%20sociales%20en%20France%20-%20Perte%20d%E2%80%99autonomie,%20handicap,%20protection%20de%20l%E2%80%99enfance%20et%20insertion%20-%20%C3%89dition%202020.pdf>

c) Temps de concertation pluridisciplinaire en protection de l'enfance:

Ceci correspond aux temps de concertation ou de réflexion sur l'organisation en équipe, participation à des instances de PE, avis donnés à la CRIP, participation à des instances de prévention-protection, etc.

Participation à une demi-journée par mois dans chaque lieu de consultation de PMI = 2,5% d'ETP pour 4000 lieux de consultations $\Rightarrow$ **100 ETP de médecins**

$\Rightarrow$ **Total mission PE : 281 ETP de médecins**

4) Consultations de suivi de grossesse et de santé sexuelle :

a) Activités liées au suivi de grossesse :

Le nombre d'ETP de sages-femmes calculé pour l'activité de suivi de grossesse est de 950 ETP. On évalue à 20% des situations celles pour lesquelles un référencement auprès d'un médecin PMI est nécessaire (recours pour avis ou transfert de suivi¹⁵) : cela correspond à $\Rightarrow$ **190 ETP médecins pour les suivis de grossesse.**

b) Consultations de santé sexuelle

Le suivi des jeunes filles et femmes sera assuré de plus en plus par les sages-femmes, il nécessitera également un référencement auprès de médecins évalué à 20% des situations (contraception associée à des facteurs de risque, situations complexes sur le plan médical et/ou de protection de l'enfance...¹⁶) : cela correspond à 20% de 406 ETP de sages-femmes $\Rightarrow$ **81 ETP médecins pour consultations en santé sexuelle auprès des femmes¹⁷.**

Le suivi des jeunes hommes (représentant environ 375 000 personnes pour chaque génération), correspondant aux recommandations de la stratégie nationale en santé sexuelle, inclut une consultation annuelle entre 11 et 25 ans. Si un objectif de 15% de cette population est accueilli en centre de santé sexuelle, cela correspond à $56250 \times 15 = 843\,750$ jeunes hommes à voir chaque année. En comptant 6 patients par consultation cela correspond à 140 625 demi-journées de consultations par an qui requièrent $\Rightarrow$ **312,5 ETP médecins pour consultations en santé sexuelle auprès des hommes¹⁸.**

¹⁵ Les grossesses physiologiques sont a priori suivies par les sages-femmes ; les médecins gèrent les grossesses a priori pathologiques avant référencement à l'hôpital et reçoivent les femmes orientées pour avis ou prise en charge par les sages-femmes de PMI.

¹⁶ même logique que la note 2.

¹⁷ Des transferts ETP peuvent s'opérer entre médecins et sages-femmes sur une grande partie de ces missions mais public jeune a priori dénué de pathologie les sages-femmes sont à leur place et cela dégage du temps médical sur d'autres missions non déléguables.

¹⁸ L'évolution de la dénomination (février 2022) des CPEF en CSS doit s'accompagner d'une évolution des missions : élargissement du public aux hommes aussi bien dans la gestion de la contraception que dans le dépistage systématique des IST ; évolution sociétale ++ la charge de la contraception ne peut plus être assumée par les femmes seulement. Demande forte émanant des jeunes de lieux de consultation inclusifs, non genrés, respectueux des identités et orientations sexuelles, pas nécessairement communautaires ; la création de la première consultation de santé sexuelle (CCP 46€) s'inscrit dans le même cadre ainsi que son extension aux hommes de moins de 25 ans le 01 04 2022. Les CSS ne peuvent se limiter aux seul.e.s mineur.e.s alors que le constat de difficultés d'accès aux soins en santé sexuelle a conduit à la création de cet acte et à la prise en charge de la contraception le 01 01 2022 à 100% jusqu'à l'âge de 25 ans ; la tranche d'âge 18-25 ans est vulnérable pour les questions de santé sexuelle (mobilité, rupture parcours et affiliation SS).

⇒ **Total mission PM-santé sexuelle : 583,5 ETP de médecins**

5) Santé publique et épidémiologie :

a) Conception et mise en œuvre de programmes de santé publique et d'actions collectives en prévention sur le terrain :

Participation à une demi-journée par mois dans chaque point de consultation de PMI ou de santé sexuelle = 2,5% d'ETP pour 4800 lieux de consultations ⇒ **120 ETP de médecins**

b) Conception et suivi de projets en service central PMI :

Liens avec l'ARS et Santé Publique France, les CPTS, la santé mentale, les facultés de médecine pour l'accueil des internes... Au moins 1 ETP médecin par département de moyenne ou grande taille, 1/2 ETP médecin pour les départements plus petits ⇒ **75 ETP de médecins**

⇒ **Total mission santé publique : 195 ETP de médecins**

6) Direction des services de PMI :

Au minimum **100 ETP de médecins** sont nécessaires pour assurer la direction des services de PMI.

7) Mise à jour des connaissances obligatoire, formation continue :

1/2 journée par semaine¹⁹, soit majoration du nombre d'ETP des médecins de 10% (**cf. dans récapitulatif ci-dessous**).

⇒ **Au total 1943 ETP de médecins sont au minimum nécessaires + 10% ETP pour leur formation continue = 194 ETP, soit au total 2137 ETP de médecins au minimum nécessaires soit 1 médecin pour 350 naissances sur la base de 750 000 naissances, à mettre en regard du taux effectif de 1 ETP de médecin pour 446 naissances en 2019 et 1 ETP pour 384 naissances en 2016.**

¹⁹ selon l'article 17 du décret statutaire n°92-851

ANNEXE 5

Proposition de calcul pour les normes minimales de sages-femmes en PMI

À noter : la DREES indique que 1100 ETP de sages-femmes, financés par les départements, sont effectivement consacrés à la PMI en 2019²⁰, ce qui correspond, en terme d'efforts concrets consentis par les départements, à 1 ETP de sage-femme pour 682 naissances.

Le principe est de calculer le nombre d'ETP requis sur le plan national pour chaque mission revenant à ces professionnel.les, tout en tenant compte d'objectifs minimaux de couverture populationnelle attendus. Étant entendu que les normes minimales proposées sont à inscrire dans une montée en charge progressive (par exemple sur 5 ans).

Données utilisées pour réaliser les calculs :

- Nombre de naissances : base 750 000 naissances, sous estimée par rapport aux données INSEE : 772 089 naissances en moyenne 2014-2020 (INSEE Naissances 2014-2020²¹).
- Taux de couverture minimale attendue pour les actions de PMI : ces taux sont ceux effectivement retenus par la DGS.
- Durée de travail annuelle : les calculs sont établis à partir d'une durée annuelle de 45 semaines de travail (hors congés et RTT) = 450 demi journées de travail.
- Nombre de lieux de consultations = 4800. Source DREES E&R n°1227 mars 2022.

1) Consultations suivi de grossesses en centres de PMI :

- 750 000 femmes enceintes chaque année (doublement sous-estimé : d'une part / moyenne réelle des naissances cf. ci-dessus, d'autre part le nb de femmes enceintes est légèrement supérieur au nb de naissances)
- Si on part du taux de 15% minimum de femmes suivies en PMI = 112 500 femmes enceintes
- 80% de ces 20% de femmes enceintes sont suivies par les sages femmes = 90 000 femmes (les 20 autres % par des médecins de PMI)
- Avec 6 consultations à réaliser par femme (incluant : l'EPP, 3 consultations prénatales, la consultation postnatale et l'EPN) = 540 000 consultations par an
- Sur la base d'une moyenne de 4 femmes vues par séances (sachant que les EPP et EPN nécessitent au moins une heure d'entretien) = 135 000 séances
- + 50 % de temps de concertation, liaisons, secrétariat, formation, actions collectives, réunions... = 202 500 demi-journées
- Sur la base de 450 demi-journée de travail annuel par sage-femme ⇒ **cela nécessite 450 ETP sages femmes**

2) VAD PM

- 750 000 femmes enceintes chaque année
- Si on part d'un taux de 15% minimum suivies en PMI = 112 500 femmes enceintes
- Avec 2 VAD minimum à réaliser par femme = 225 000 VAD par an
- Sur la base d'une moyenne de 1 à 2 VAD par demi-journée (selon les territoires les temps de déplacements expliquent cette disparité, on retient donc 1,5 VAD en moyenne pour une demi-journée) = 150 000 demi-journées

²⁰ DREES E&R n°1227 mars 2022

²¹ https://www.insee.fr/fr/statistiques/5424212?geo=FE-1#tableau-RFD_G1

+50 % de temps de concertation, liaisons, secrétariat, formation...= 225 000 demi-journées
- Sur la base de 450 demi-journée de travail annuel par sage-femme **⇒ cela nécessite 500 ETP sages femmes**

⇒ 950 ETP sages-femmes pour l'activité de suivi de grossesse (incluant les EPP et les EPN)

3) Consultations en santé sexuelle (ex planification familiale) + interventions collectives en santé sexuelle

Le suivi des jeunes femmes (représentant environ 375 000 personnes pour chaque génération), correspondant aux recommandations de la stratégie nationale en santé sexuelle, inclut une consultation annuelle entre 11 et 25 ans. Sur la base de l'objectif de 15% de cette population accueillie en centre de santé sexuelle, cela correspond à $56250 \times 15 = 843\,750$ jeunes femmes à voir chaque année. En comptant 6 patientes par consultation cela correspond à 140 625 demi-journées de consultations par an. Si l'on ajoute + 50 % de temps de concertation, liaisons, secrétariat, formation, actions collectives, réunions = 210 937,5 demi-journées qui requièrent, **⇒ 469 ETP sages-femmes pour les activités en santé sexuelle.**

**⇒ En première approximation, l'ensemble correspondrait à 1419 ETP.
Sur la base de 750 000 naissances cela correspond à : 1 ETP de sage-femme pour 528 naissances (à mettre en regard du taux effectif actuel d'1 pour 682).**

Cette norme est établie sans tenir compte des fonctions d'encadrement occupées par des sages-femmes

ANNEXE 6

Union Confédérale des Médecins Salariés de France

U.C M S F

4, Avenue Richerand
75010 PARIS

Tél : 01 40 23 04 10
Fax : 01 40 23 03 12
Mail : ucmsf@free.fr

Mr François BRAUN
Ministre de la santé et de la prévention
14, avenue Duquesne
75350 PARIS 07

Paris, le 18 juillet 2022

Monsieur le Ministre,

Union Syndicale des Médecins
de Centres de Santé (USMCS)

Syndicat des Médecins
Inspecteur
de Santé Publique (SMISP)

Syndicat National
des Médecins
de Santé Publique de
l'Education Nationale
(SNAMSPEN/Sgen-CFDT)

Syndicat National des
Médecins de PMI
(SNMPMI)

Syndicat Nationale des Praticiens
de la Mutualité Agricole (SNPMA)

L'Union Confédérale des Médecins Salariés de France, demande
l'ouverture d'une concertation pour

la création d'un statut commun de médecins salariés non hospitaliers

pour remédier à la disparition des médecins exerçant des missions
du domaine de la santé publique et de la promotion de la santé, des
soins préventifs et/ou curatifs, d'inspection ou de contrôle, de la
médecine sociale et de la protection sociale..

Ce cadre statutaire commun s'adresserait à des médecins
salariés non hospitaliers dans des institutions et organismes variés
(publics, privés non lucratifs, privés), leur permettant :

- de conserver, selon les secteurs concernés, le statut de
fonctionnaire ou d'agent de droit public ou de droit privé ;
- de bénéficier d'une grille salariale commune attractive ;
- de pouvoir 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 (cf.
formations ci-après), comprenant des soins curatifs et/ou
préventifs, et/ou de la santé publique, et/ou de la promotion de la
santé,... ;
- de favoriser les passerelles entre les divers secteurs d'activité
(ainsi que, sous des formes à définir, avec le secteur hospitalier ?)

: centres de santé, médecine scolaire, ARS-ministères, santé au travail, PMI et santé sexuelle, personnes âgées, personnes handicapées, sécurité sociale ... (liste non exhaustive) ;

- de bénéficier de formations communes et transversales propres au cadre statutaire partagé et de formations adaptées aux spécificités et référentiels métiers de leur.s secteur.s d'exercice.

Ce cadre statutaire commun bénéficierait des visas relatifs aux missions couvertes dans les divers codes concernés : code de santé publique, code du travail, code de l'éducation, code la sécurité sociale, code de l'action sociale et des familles...et définirait des missions communes et spécifiques.

Missions communes :

* relatives à la promotion de la santé individuelle et collective :

- suivi des parcours de santé préventifs et curatifs
- bilans de santé
- expertises cliniques
- éducation pour la santé
- participation aux réseaux de santé, DAC, CPTS...
- ...

* relatives à la santé publique :

- épidémiologie
- gestion des crises sanitaires
- inspection et contrôle
- éducation pour la santé
- recherche
- enseignement
- expertise
- ...

Missions spécifiques de chaque champ d'activités : centres de santé, médecine scolaire, ARS-ministères, santé au travail, PMI et santé sexuelle, personnes âgées, personnes handicapées, sécurité sociale ... (liste non exhaustive).

Ce cadre statutaire commun permettrait une revalorisation significative de la rémunération, visant un alignement sur la grille indiciaire des praticiens hospitaliers.

Dans l'attente d'une réponse de votre part, veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma haute considération.

Dr Sophie Brunhes Perez,
Présidente

Dr Patricia Colson,
Secrétaire générale



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)

Pour une commission nationale PMI instituée, en lien avec les acteurs de la santé de l'enfant et de la famille, de la santé sexuelle, de la parentalité, de la protection de l'enfance

Le rapport de Michèle Peyron, députée, « Pour sauver la PMI, agissons maintenant », s'ouvre sur le constat qu'« il a manqué [au dispositif de PMI] une vision stratégique commune entre les pouvoirs publics et une fonction d'animation et de régulation ».

Ceci rejoint le constat des acteurs regroupés au sein de la plate-forme « Assurer l'avenir de la PMI » qui revendiquent de longue date la création d'une instance nationale chargée de promouvoir la co-production de la politique de PMI-planification familiale entre l'État et les départements.

Le centre de gravité d'un pilotage partagé du dispositif de PMI doit être ancré dans le cœur des missions de promotion de la santé et de prévention confiées aux services de PMI. Placer ce pilotage au sein d'une instance nationale de gouvernance de la protection de l'enfance, même étendue aux problématiques de l'adoption et de l'accès aux origines, aurait l'inconvénient majeur de diluer les missions de prévention primaire généraliste, de promotion de la santé ouvertes à tous, ou de les subordonner à celles relatives à la protection de l'enfance qui ciblent bien souvent les seules situations repérées de vulnérabilité et de précarité. C'est cette dérive que l'on observe dans de très nombreux départements où les missions primaires de la PMI sont tendanciellement "assujetties" à la prévention-dépistage de la maltraitance. Michèle Peyron l'avait résumé d'une formule dans son rapport en soulignant que « L'attraction gravitationnelle de la protection de l'enfance se fait au détriment de la prévention précoce "prévenante" »²².

L'intérêt d'un ancrage du pilotage de la PMI dans le champ de la santé a été précisément illustré à l'occasion de la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19 où la PMI, service public de prévention en santé, a été largement sollicitée et a pu assurer la continuité des activités de suivi de santé préventif en périnatalité, petite enfance et planification familiale, alors que les autres acteurs de santé se consacraient à la prise en charge des personnes malades.

Notre proposition à suivre vise à l'instauration d'une gouvernance de la PMI, d'une part centrée sur ses missions propres, d'autre part à même d'assurer une interface instituée avec

²² rapport Peyron p. 70

l'ensemble des politiques publiques relatives à son champ de compétences, dont la périnatalité, la santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille, la santé sexuelle, la santé publique, la santé mentale, la protection de l'enfance, les modes d'accueil et la parentalité.

Inspirée des propositions du rapport Peyron, **notre proposition consiste à :**

1) Instituer un cadre politique de gouvernance partagée de la PMI à travers un « dialogue politique régulier entre les départements, l'État et l'assurance maladie »²³ visant à définir annuellement en commun les grandes lignes de la politique nationale de PMI.

2) Instituer une commission nationale PMI-planification familiale, instance dédiée, co-animée par la DGS et l'ADF et chargée, dans le cadre des priorités politiques évoquées précédemment, de co-construire des objectifs stratégiques et opérationnels et d'animer le réseau des PMI-PF (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 »²).

3) Instituer des interfaces entre la commission nationale PMI-PF et les instances chargées des politiques publiques liées à son domaine de compétences :

- périnatalité,
- santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille,
- santé sexuelle,
- santé publique,
- santé mentale,
- protection de l'enfance,
- modes d'accueil et parentalité.

4) Organiser une journée annuelle de PMI, cadre de réflexion sur les problématiques du champ et cadre d'échange d'expériences entre tous les acteurs, ouvert à l'ensemble des services de PMI.

5) Instituer des instances de co-construction des orientations locales de PMI regroupant le département, l'ARS, la CPAM, en lien avec les orientations nationales partagées. Ces instances auraient aussi pour objectif de favoriser 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.

Novembre 2020

²³ rapport Peyron p. 105