



Rapport activité 2015-2016 du SNMPMI

(projet en date du 21 mars 2016)

Principaux dossiers :

- * Dossier statutaire et recours contre la procédure d'évaluation de la valeur professionnelle pour les médecins territoriaux
- * Dossier "Avenir de la PMI" et "Loi de modernisation de notre système de santé"
- * Concertation sur les missions de la PMI dans le champ de la protection de l'enfance et des modes d'accueil et Loi réformant le dispositif de protection de l'enfance
- * Audition par la Défenseure des Enfants sur le thème des enfants porteurs de handicap et de la protection de l'enfance
- * Auditions concernant les modes d'accueil du jeune enfant
- * Colloque du SNMPMI
- * Travail sur l'informatisation des dossiers de santé en PMI
- * Dossier Formation et DPC
- * Dossier Réorganisation des services
- * Participation à diverses instances, groupes de travail et implication dans diverses initiatives :
 - Conférence nationale de santé
 - Union confédérale de médecins salariés de France
 - Colloque santé du CNFPT et journée professionnelle nationale des médecins territoriaux
 - Société française santé publique
 - Société française de pédiatrie
 - Rédaction d'articles dans des revues professionnelles
 - "Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans" et collectif "Construire ensemble la politique de l'enfance" (CEPE)
 - Modes d'accueil dont participation à plusieurs groupes de travail à la DGCS et au collectif "Pas de bébés à la consigne"
- * Fonctionnement du syndicat, syndicalisation

1. Dossier statutaire

A. Après la revalorisation statutaire de 2014

Pour mémoire les textes figurent sur le site : www.snmpmi.org/spip.php?article294

et la brochure qui présente une lecture commentée du décret, également :

www.snmpmi.org/spip.php?article301.

Cf. nouvelles grilles à l'annexe 1

Si le bénéfice des nouvelles dispositions est clairement établi, certain-es collègues ont pu se trouver momentanément retardé-es dans leur avancement d'échelon ou de grade, du fait des durées minimales et maximales dans certains échelons qui sont moins favorables que précédemment. A terme cependant tou-tes les collègues devraient être bénéficiaires de la réforme puisque les échelons terminaux de chaque grade ont été revalorisés.

Parallèlement à la revalorisation de la grille indiciaire, nous continuons à revendiquer :

- l'alignement du taux de vacation sur le taux horaire pratiqué en Centre de santé municipal (environ 38 à 40€ horaire) pour les médecins de PMI dits « vacataires », sachant que les départements sont libres de fixer le taux horaire.
- le retour à une formation initiale de 3 mois : le gouvernement n'accorde que le passage de 5 jours à 10 jours actuellement.
- le bénéfice pour les médecins non-titulaires de la loi de mars 2012 permettant leur accès à un emploi de titulaire (actuellement les médecins sont exclus de ce dispositif).

Plus largement sur les questions statutaires, la plate-forme "Assurer l'avenir de la PMI" est mobilisée face à la pénurie des professions de santé en PMI et a émis de nombreuses propositions concernant toutes ces professions et en particulier les médecins. A lire sur : http://www.assureravenirpmi.org/Doc/argumentaire_entrevueDGS_18juin2014.pdf

B. Succès de notre recours contre la procédure d'évaluation de la valeur professionnelle pour les médecins territoriaux

En 2015 le SNMPMI a introduit un recours en Conseil d'Etat afin d'obtenir que le décret du 16 décembre 2014, relatif à l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires territoriaux, exclue le cadre d'emplois des médecins territoriaux de son champ d'application. Tous détails sur les raisons de ce recours à lire sur : <http://snmpmi.org/spip.php?article315>

Le Syndicat National des Psychologues a effectué une démarche parallèle concernant l'évaluation des psychologues territoriaux.

Par décision du 30 décembre 2015 le Conseil d'Etat a confirmé que les médecins et psychologues territoriaux n'étaient pas concernés par ces entretiens professionnels annuels d'évaluation de la valeur professionnelle. Tous détails sur la décision du Conseil d'Etat à lire sur : <http://snmpmi.org/spip.php?article318>

Vous trouverez également sur cette page du site des modèles de courriers proposés pour décliner la participation aux EPA, que certaines collectivités semblent chercher à maintenir, en dépit de la décision de la plus haute juridiction administrative. En cas de pression de l'administration, un recours gracieux est toujours possible, faites vous aider des syndicats présents localement et des représentants du SNMPMI si nécessaire.

2. Avenir de la PMI et "Loi de modernisation de notre système de santé"

Début 2015, la plate-forme "Assurer l'avenir de la PMI", où le SNMPMI est très actif, a rendu public l'état des lieux des concertations avec la Direction Générale de la Santé, sur la place de la PMI dans le système de santé et la future loi de santé, à lire avec les liens actifs vers les documents cités sur : www.assureravenirpmi.org/Doc/janvier2015.php

La "Loi de modernisation de notre système de santé" (LMSS) a été adoptée en décembre 2015. Nous sommes intervenus à chaque étape du débat parlementaire et avons été auditionnées tant à l'Assemblée Nationale qu'au Sénat. Les principales avancées obtenues concernant la PMI figurent dans un communiqué de la plate-forme "Assurer l'avenir de la PMI", à lire sur : http://www.assureravenirpmi.org/Doc/com_presse_plate_forme_AssurerAvenirPMI_18decembre2015.pdf

Début 2016 une nouvelle rencontre a eu lieu avec la DGS au sujet de la mise en œuvre des dispositions relatives à la PMI dans la LMSS. Vous trouverez en annexe 2 les demandes de la plate-forme PMI d'une part, en annexe 3 un document élaboré par le ministère d'autre part exposant l'ensemble des articles de la loi qui concernent les services de PMI.

Outre les enjeux d'application de la loi LMSS, la plate-forme PMI entend obtenir une concertation approfondie sur :

♦ les enjeux de financement notamment :

- avec la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) sur les modalités de financement par les organismes d'assurance maladie (part forfaitaire sur les actions de santé publique et de prévention collective et part de remboursement à l'acte avec la prise en compte des actes des infirmières puéricultrices et des psychologues),
- avec la Directions Générale de l'Offre de Soins (DGOS) sur les aspects d'application à la PMI des modalités de financement prévus dans le cadre de la coordination des soins,
- avec la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) sur la piste d'une participation des CAF au financement des actions de la PMI sur la mission modes d'accueil

♦ les enjeux de démographie des professionnels de santé, de statut, de formation et de curriculum des métiers exerçant en PMI : reprise des travaux de 2014 avec les directions concernées du ministère des affaires sociales et santé, lien à faire avec les ministères de la fonction publique et de l'enseignement supérieur.

3. Concertation sur les missions de la PMI dans le champ de la protection de l'enfance et des modes d'accueil et loi réformant le dispositif de protection de l'enfance

Le ministère de la famille et de l'Enfance qui a dans ses prérogatives les modes d'accueil des jeunes enfants et la protection de l'enfance a souhaité mener une concertation en 2015 avec la plate-forme "Assurer l'avenir de la PMI" sur le rôle de la PMI dans ces deux champs de compétence. Cela complétant la concertation menée en 2014 sur les missions de la PMI sur le domaine de la prévention en santé.

Vous lirez les contributions de la plate-forme "Assurer l'avenir de la PMI" qui ont été remises au ministère pour chacun des thèmes abordés, sur :

<http://www.assureravenirpmi.org/Doc/novembre2015.php>

Un rapport de synthèse des travaux doit être présenté par le ministère en mars 2016.

Ceci intervient dans un contexte marqué par :

- Le vote de la loi relative à la protection de l'enfant : nous avons en particulier obtenu des avancées sur les conditions d'évaluation des informations préoccupantes (cf. art 9 de la loi), sur l'entretien prénatal précoce (art. 31). D'autre part l'art. 7 de la loi institue un "médecin référent protection de l'enfance" dans chaque département, chargé notamment des liens avec les professionnels de santé libéraux, hospitaliers et scolaires et de la coordination des différents services départementaux impliqués avec la CRIP : un décret doit préciser tout cela et nous devrions participer à une concertation sur son contenu. De même que pour le décret prévu sur l'évaluation des informations préoccupantes.

Nous nous sommes aussi mobilisés, avec l'ensemble des organismes de pédiatres de France, sur l'article 43 de la loi qui prévoit un encadrement de l'usage des tests osseux pour déterminer l'âge civil des mineurs isolés étrangers. Nous demandons la suppression pure et simple du recours à ces tests, à l'instar de très nombreux organismes officiels scientifiques, médicaux, éthiques et de défense des droits des enfants. Lire à ce sujet le point de vue que nous avons publié sur LeMonde.fr : <http://snmpmi.org/spip.php?article319>. Malheureusement le gouvernement n'a pas bougé et les tests osseux sont désormais légitimés dans la loi alors même que le Comité des droits de l'enfant des Nations-Unies venait de demander à la France de les proscrire...

- Les travaux en cours sur les modes d'accueil de l'enfant :

* Il s'agit notamment de la mission qui a été confiée à Sylviane Giampino par Laurence Rossignol sur le thème : "Développement du jeune enfant, modes d'accueil, formation des professionnels".

* Il s'agit en parallèle des travaux du gouvernement sur la rénovation de la formation de plusieurs métiers dans le secteur de la petite enfance : auxiliaires de puériculture, CAP-petite enfance, éducateurs de jeunes enfants.

Le SNMPMI est impliqué dans ces discussions à travers sa participation au collectif "Pas de bébés à la consigne" (cf. ci-après).

4. Audition par la Défenseure des Enfants sur le thème des enfants porteurs de handicap et de la protection de l'enfance

Nous avons été reçus longuement par Mme Avenard, Défenseure des enfants, et nous avons exposé nos points de vue en particulier en ce qui concerne le rôle de la PMI dans la prévention des mauvais traitements pendant la grossesse, au moment de la naissance et en post-natal. Yvette Gautier a fait part de son expérience de médecin de CAMSP et a insisté sur la nécessité que les enfants porteurs de handicap aient tous les mêmes droits qu'ils soient dans leur famille ou accueillis par l'aide sociale à l'enfance. Nous avons aussi insisté sur la situation particulière des parents d'enfants porteurs de handicap et sur la lourdeur des difficultés au quotidien et de l'aide particulière nécessaire pour ces familles.

Le rapport complet est accessible sur le site du Défenseur des droits :

<http://www.defenseurdesdroits.fr/fr/presse/communiqués-de-presse/rapport-annuel-2015-consacre-aux-droits-de-lenfant-handicap-et>

5. Auditions concernant les modes d'accueil du jeune enfant

*** Les MAM (Maison d'assistantes maternelles)**

Le SNMPMI (Evelyne Wannepain et Dominique Goriaux) a été auditionné le 12 février 2015 par un groupe de travail animé par la DGCS en vue de rédiger un guide (ou référentiel) MAM, destiné aux porteurs de projets et aux professionnels de la PMI. Nous avons défendu les points qui nous semblent essentiels pour une qualité d'accueil et que nous avons discuté au moment de la parution de la loi sur les MAM. Ce guide devrait paraître au 1^{er} trimestre 2016.

Le SNMPMI (Evelyne Wannepain et Dominique Goriaux) a été auditionné le 10 février 2016 au Sénat par Mesdames CAYEUX et MEUNIER qui ont pour mission de faire un bilan sur les MAM. En s'appuyant sur les points développés dans contribution sur le rôle des services de PMI dans les missions relatives aux modes d'accueil du 10 septembre 2015, et notre expérience, nous avons abordés les problèmes rencontrés par les MAM et les préconisations défendues par le SNMPMI pour une amélioration de la qualité de l'accueil des enfants. Un écrit a été adressé aux 2 sénatrices (annexe).

*** Les « normes » en EAJE**

La DGCS a commandé au cabinet EQR, une étude sur les règles de conception, de fonctionnement et d'organisation des EAJE. Le SNMPMI (Élisabeth Jude-Laffite et Dominique Goriaux) a été auditionné le 12 février 2015 sur les items du questionnaire destiné aux médecins départementaux de PMI et à une trentaine d'EAJE. En 2016, la DGCS, avec les résultats de l'enquête, va poursuivre les consultations pour rénover ces règles. Le SNMPMI participera au groupe de travail (1^{ère} réunion : 22 mars 2016)

6. Colloque 2015 du SNMPMI

Le colloque 2015 « *C'est toujours le printemps pour la prévention et la PMI 70 ans après* » a réuni 270 participants. Le choix d'aborder un patchwork de thématiques d'actualité pour nos pratiques en PMI a été plutôt bien reçu, au regard des retours directs des participants et ceux émanant des fiches d'évaluation.

La participation de la DGS et de l'Agence "Santé Publique France" (fusion de l'INVS-INPES-EPRUS) à nos travaux témoignent d'une reconnaissance des enjeux de PMI qu'il convient d'entretenir sans relâche. Ainsi les propositions de contribution par la recherche à la visibilité des atouts de la PMI, formulées par le Directeur général de "Santé Publique France", doivent trouver un prolongement concret auquel nous allons nous employer.

Comme chaque année la publication d'un ouvrage relatant le colloque par les éditions Erès est un atout important pour faire connaître nos réflexions et préoccupations au plus grand nombre de nos collègues. N'hésitez pas à commander des exemplaires au secrétariat du syndicat.

Le SNMPMI est toujours dans la procédure d'agrément pour le colloque au titre du DPC. Un travail de coopération avec le CNFPT est une autre piste actuellement explorée pour que le colloque puisse s'inscrire dans le parcours de DPC des collègues.

7. Travail sur l'informatisation des dossiers de santé en PMI

Nous avons travaillé à la rédaction d'un document sur cette question, recensant les interrogations et réflexions des professionnels, pour préparer la demi-journée du colloque consacrée aux nouvelles technologies.

Le document présente successivement les aspects techniques, déontologiques et éthiques posés par l'informatisation des dossiers médicaux : la responsabilité partagée des professionnels de santé et de la collectivité qui les emploie, en matière d'utilité et de pertinence des données recueillies au regard du suivi clinique des patients d'une part, de production de statistiques médicales d'autre part ; la question des habilitations et de l'accès aux données ; la durée de conservation et les règles d'archivage ; la confidentialité des données et de sécurité des traitements ; enfin les droits des usagers (information, accès, opposition, rectification).

Ce document est disponible sur le site du syndicat :

http://snmpmi.org/IMG/pdf/informatisation_dossiers_sante_en_pmi_docsnmpmi_mars2016-2.pdf.

Il est à la disposition des collègues des départements qui ont impulsé l'informatisation des dossiers médicaux en PMI, pour porter ces enjeux auprès des employeurs lors de l'établissement d'un cahier des charges avant le choix d'un logiciel ou pour aider à améliorer celui qui a été choisi. Il servira aussi de base aux discussions que nous souhaitons entamer, entre autres avec la CNIL, le CNOM et les ministères concernés, pour rédiger un document de référence à destination des collectivités territoriales.

8. Dossier formation et DPC

- Formation initiale :

La formation initiale a été portée à 10 jours, toujours assurée par l'INET de Strasbourg (Institut National des Études Territoriales). Nous persistons dans notre demande de revenir à une formation de 3 mois (demande incluse dans les discussions avec le ministère de la santé et figurant dans le rapport récapitulatif de la DGS, cf. point 2.).

- Développement Professionnel Continu (DPC) :

La loi de modernisation du système de santé votée le 16 janvier 2016 précise (article 114) l'objectif du DPC : maintien et actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Le DPC est obligatoire, sur 3 ans, il recouvre les actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques. Un arrêté définit les orientations pluriannuelles prioritaires du DPC.

L'arrêté du 8 décembre 2015 prévoit donc pour 2016 à 2018 (joint) ces orientations, elles s'inscrivent dans le cadre de la politique nationale de santé, une première partie décline pour tous les professionnels de santé les grands axes de la loi dont :

- Renforcer la prévention et la promotion de la santé (...faciliter l'accès à la prévention... informer et protéger les populations face aux risques sanitaires liés à l'environnement... saturnisme, pollution air intérieur...)
- Faciliter au quotidien les parcours de santé (...soins primaires...repérages précoces...)
- Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé (...formation...)

Une deuxième partie décline ces orientations par profession de santé dont les professions médicales. Ces orientations sont très larges et semblent couvrir tous nos champs d'activité en PMI.

La loi indique également que les CNP définissent le document dans lequel sont retracées les actions de DPC, précise le financement (l'employeur pour les médecins salariés non hospitaliers). Deux décrets sont attendus, l'un définira qui contrôle l'obligation de DPC (probablement le CNOM), l'autre définira les missions de l'ANDPC (agence nationale de DPC) qui sera chargée du pilotage et de la gestion financière pour tous les professionnels de santé.

Pour défendre la formation continue puis le DPC des médecins de PMI, le syndicat est présent dans :

- l'Association intersyndicale pour la formation médicale continue des médecins salariés
- le Conseil National Professionnel de Pédiatrie
- le Conseil National Professionnel de Santé Publique

** Association intersyndicale pour la formation médicale continue des médecins salariés*

à compléter lors de l'AG

** Conseil National Professionnel de Pédiatrie (CNPP)*

à compléter lors de l'AG

** Conseil National Professionnel de santé publique*

Il a été créé le 19 juin 2013 à partir de la commission thématique dénommée « CNP-SP » de la SFSP. Il regroupe l'ensemble des médecins travaillant dans le champ de la santé publique quel que soit le mode d'exercice (médecins de santé publique hospitaliers, de santé scolaire, MISp, territoriaux dont les médecins de PMI, des armées, de l'assurance maladie...).

Le SNMPMI est membre du Conseil d'Administration et représente le collège des médecins territoriaux. L'orientation défendue est que les médecins de Santé Publique doivent être dans le dispositif de DPC comme tout autre médecin de « soins » et doivent bénéficier d'un mode de financement adapté (employeur et assurance maladie ?). En ce qui concerne les médecins de PMI il est rappelé les besoins de formation à la fois dans la discipline médicale d'exercice et dans le champ de la santé publique (promotion de la santé, prévention et éducation pour la santé, politiques publiques de santé, épidémiologie,...).

En 2015, le CNP SP a contribué à l'élaboration des orientations prioritaires du DPC, et la santé publique y est bien défendue, il défend le rôle des CNP dans le suivi du DPC.

9. Dossier réorganisation des services

Rappel : le syndicat a publié en novembre 2012 une brochure « Réorganisations des services de PMI Guide pratique ». Il s'agissait d'offrir un argumentaire à la fois pratique, institutionnel et légal aux collègues confrontés à des processus de réorganisation des services départementaux lorsqu'ils mettent à mal l'exercice des missions de PMI.

Ce document très argumenté s'organise en 4 parties : I. Un rappel des différents modèles théoriques d'organisation, II. Réorganisations : ce qui pose question, III. Un cadre législatif d'organisation de la PMI pertinent, IV. Les stratégies de défense d'un exercice plein et entier des missions de PMI et du cadre législatif.

Ce document a déjà contribué au succès des démarches de collègues confrontés à des réorganisations de services de PMI dans plusieurs départements.

La brochure peut être commandée gratuitement au siège du syndicat, elle est également téléchargeable¹.

¹ http://www.snm PMI.org/IMG/pdf/guide_pratique_reorganisations_SNM PMI_nov2012_version_web.pdf

10. Participation à diverses instances, groupes de travail et implication dans diverses initiatives

- **Conférence nationale de santé**
à compléter lors de l'AG

- **Union confédérale des médecins salariés de France**

Nous continuons à siéger régulièrement à l'Union Confédérale qui a une activité modérée. Elle s'est beaucoup investie (et le fait encore) dans l'intersyndicale qui s'occupe de la formation médicale continue et du DPC.

A l'AG de janvier 2016, chaque syndicat a exposé ses projets et ses difficultés et nous avons dégagé des problèmes communs : statuts avec la question de la possibilité d'exercice mixte (salarié et libéral), les problèmes posés par la démographie médicale, les transferts de compétences, la remise en cause des métiers et des services.... Quel devenir avec la loi santé ? Quelle place pour la prévention ?

La décision a été prise de travailler ensemble notamment sur la dimension territoriale de la médecine lors d'un mini-séminaire qui se tient le 19 mars 2016.

- **Colloque santé du CNFPT et rencontres professionnelles des médecins territoriaux**

**** Colloque santé du CNFPT***

Les rencontres avec le pôle santé du CNFPT ont repris en novembre 2015 et nous participons au comité de pilotage pour le 8^{ème} colloque territoriale de la santé du CNFPT qui se tiendra les 27 et 28 septembre 2016 à Nancy. Le thème retenu est « *Prévention au niveau des territoires : pratiques, enjeux et plus-values* ».

Nous avons déjà largement diffusé l'appel à communication et il est tout à fait important que nous propositions des communications car ce sujet est complètement au cœur de notre pratique. N'hésitez pas à envoyer vos expériences et analyses sur ce thème.

**** Les deuxièmes rencontres professionnelles des médecins territoriaux***

Elles se sont déroulées le 15 octobre 2015 au CNFPT à Pantin. Elles visent à développer l'identité territoriale professionnelle des médecins territoriaux autour d'un corpus de compétences communes. Elles ont pour objectifs de favoriser les échanges entre médecins territoriaux, autour de la pratique spécifique de médecine territoriale et d'apporter des informations.

Le programme a permis d'aborder :

- Le Panorama des différentes spécificités d'exercice de la médecine territoriale par les représentants du SNMPMI (Dr Dominique GORIAUX) de la Fédération nationale des Centres de Santé (Dr Richard LOPEZ), de l'association nationale des médecins de prévention au travail(Dr Françoise ETENEAU),de Méditoriales (Dr Patrick ATLAS).
- L'exercice médical dans la territoriale (droits et obligations) : un exercice particulier de la médecine ? Par Dr François SIMON du Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- Le statut du médecin de la fonction publique territoriale par Anne WAHL, directrice des ressources humaines, CIG de la petite couronne.
- La formation des médecins territoriaux : État des lieux par Viviane BAYAD du CNFPT et quelles modifications dans le Développement professionnel continu (DPC) ? par Bruno LIFFRAN, chargé de mission DPC des professions de santé, DGOS - Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et du Droit des Femmes.

Des stands tenus par les associations et syndicats professionnels de la médecine territoriale ont permis de mieux connaître les différents exercices des médecins territoriaux.

Des interrogations persistent sur l'application du Développement Professionnel Continu pour les médecins salariés et particulièrement pour les médecins de PMI qui pratiquent la pédiatrie, la santé publique mais n'ont pas toujours la reconnaissance de leurs réels besoins en formation par les différents CNP.

**- Société française santé publique
à compléter lors de l'AG**

**- Société française de pédiatrie
à compléter lors de l'AG**

**- Collectif « Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans » et
Collectif "Construire ensemble la politique de l'enfance" (CEPE)**

Le syndicat reste investi dans le collectif *Pasde0deconduite* et dans le collectif CEP-Enfance qui en est issu. Celui-ci a œuvré au lancement d'un appel pour la création d'un Conseil national de l'enfance et d'une Instance interministérielle à l'enfance chargés de coordonner et mettre en cohérence les politiques sectorielles en faveur de l'enfance.. Ses travaux sont consultables sur <http://www.cep-enfance.blogspot.fr/>.

Un premier résultat obtenu est la création d'un Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, qui va comporter une formation spécialisée dédiée à l'enfance. Pour la première fois une instance officielle, dans le champ spécifique des politiques de l'enfance aura des missions notables, à lire à l'annexe 4

- Modes d'accueil de la petite enfance et participation à « Pas de bébés à la consigne »

Le syndicat reste également actif dans les travaux de « Pas de bébés à la consigne » pour promouvoir un accueil de qualité pour la petite enfance. Le collectif a été à l'origine en 2015 d'un appel-pétition lancé par 33 personnalités du monde de la petite enfance pour développer des modes d'accueil de qualité, cf. sur :

<http://pasdebebesalaconsigne.com/phpPetitions/index.php?petition=3>

En effet le gouvernement, malgré des annonces n'est pas revenu sur les mesures du décret Morano et le développement actuel des modes d'accueil est très loin de répondre aux besoins.

Le gouvernement a lancé une mission confiée à Sylviane Giampino sur le thème : "Développement du jeune enfant, modes d'accueil, formation des professionnels", cf. point 3. ci-dessus. Le collectif « Pas de bébés à la consigne » doit rendre public en mars 2016 un document d'orientations en faveur d'un plan métiers de qualité pour la petite enfance.

Travaux de « Pas de bébés à la consigne » consultables sur :

<http://www.pasdebebesalaconsigne.com/>.

- Participation du SNMPMI au comité partenarial petite enfance animé par la CNAF

En 2015, il y a eu 3 réunions qui ont donné lieu à des comptes-rendus avec des thèmes concernant les EAJE (le portail CAF pour les gestionnaires, le bilan et la réforme de la PSU, la simplification des prestations CAF, la présentation d'un guide micro-crèches) et des thèmes concernant les AM (l'évolution du site « mon-enfant.fr », le bulletin de paye dématérialisé, une expérimentation du CMG en tiers-payant pour les familles à bas revenus, le rôle des RAM, comment faciliter le développement de l'activité des AM). Dans ce cadre, nous essayons de porter les valeurs et préconisations du SNMPMI sur la qualité d'accueil des jeunes enfants.

11. Fonctionnement du syndicat

- Site internet

Le site du SNMPMI (www.snmpmi.org) a reçu cette année entre 1600 et 2700 connexions par mois (moyenne 2300).

- Communication du syndicat

Après plusieurs publications les années précédentes (réorganisation des services en 2012, revalorisation statutaire en 2014, plaquette de présentation des activités du syndicat en 2014 - cf. en annexe 5), il n'y a pas eu de nouvelle publication en 2015. La communication du syndicat reste principalement assurée via le site et la publication des actes des colloques par Erès. Un travail a été engagé en 2015 en vue de publier une brochure sur les enjeux liés à l'informatisation des dossiers de santé en PMI, cf. point 7 ci-dessus.

- Fonctionnement local du syndicat

Cela reste un enjeu important : il s'agit de revitaliser l'existence et la vie locale de sections du SNMPMI et de faire vivre chaque fois que nécessaire des intersyndicales sur les problèmes de la PMI dans les départements. Ce fonctionnement local est une des conditions de la transmission de l'expérience nationale et locale du syndicat, il est indispensable pour assurer la syndicalisation des nouveaux-velles professionnel-les, gage d'une défense de la PMI sur le terrain, voire d'une pérennité de son existence pour les années à venir. Pour cela il est important que les délégué-es départementaux-ales jouent au mieux leur rôle de relai des informations syndicales auprès des collègues syndiqué-es ou non. Ce travail ainsi que la relance de sections locales peut être accompagnée par des membres du bureau qui viendraient animer une première réunion là où cela paraît utile.

- Bureau, comité de coordination, groupes thématiques

Le comité de coordination fonctionne chaque mois avec la participation régulière d'une vingtaine de collègues aux réunions. Des groupes thématiques constitués ont continué de fonctionner et de produire des documents, de préparer des entrevues... (statut, préparation du colloque, informatisation, dossier de la politique vaccinale, sollicitations à l'égard du syndicat pour participer à des consultations par les ministères, à des projets de recherche,...). Tous les collègues qui le souhaitent sont bienvenu-es pour participer à ces travaux.

Un enjeu particulier est de constituer une petite équipe qui puisse porter en coordination avec le président des tâches nationales du syndicat, dans la perspective de réunir les conditions pour assurer à l'avenir le relais de cette fonction.

- Secrétariat

Le secrétariat reste assuré principalement par Colette Bauby, Nancy Grime, Dominique Goriaux, Marion Duval et Claire Meunier (secrétariat courant, convocations et comptes-rendus, secrétariat du colloque) en lien avec les secrétaires de la maison syndicale, Diana et Claudine. Un renforcement-renouvellement du secrétariat est également indispensable pour assurer un relais dans un avenir de court et moyen terme.

- Trésorerie

La trésorerie est désormais assurée par Elisabeth Jude-Lafitte et par Marienne Rosenwald. Une nouvelle procédure d'appel à cotisation a été mise en place depuis 2010 pour assurer leur collecte dès le premier trimestre de l'année. Pour cela l'AG, qui se tient toujours en début de 2ème trimestre, vote les tranches de cotisations pour les deux années à suivre (cf. rapport financier).

Les secrétaires et trésorières du SNMPMI participent aux réunions concernant la gestion de la « Maison syndicale » dont la location incombe à l'Union des syndicats de médecins de Centres de santé.

- La campagne de syndicalisation : un enjeu permanent pour prolonger les succès de l'action du SNMPMI

Le SNMPMI a démontré encore cette année son efficacité et son dynamisme. Son rôle et sa place ont été rappelés tout au long de ce rapport d'activité autour de nombreux enjeux de PMI, de santé et de société.

Pour autant les effectifs du syndicat continuent à se dégrader progressivement avec les départs en retraite qui se multiplient et leur non remplacement par des collègues plus jeunes. Alors même que l'affluence au colloque montre l'intérêt pour nos initiatives de nombreux-ses collègues entré-es relativement récemment en PMI. Nous devons nous tourner vers ces collègues et lever d'éventuelles appréhensions quand au geste de se syndiquer, en rappelant que l'adhésion au SNMPMI n'empêche nullement l'adhésion à une centrale syndicale. La plaquette de présentation du syndicat est à votre disposition au secrétariat pour y aider (cf. en annexe 5 et également téléchargeable sur le site²), les réunions locales évoquées ci-dessus sont aussi l'occasion de rassembler les collègues intéressé-es par notre action.

Rapport d'activité élaboré par Pierre Suesser
avec la participation de Colette Bauby, Maryse Bonnefoy,
Marie-Christine Colombo, Dominique Goriaux, Nancy
Grime, Elisabeth Jude-Lafitte, Evelyne Wannepain, Cécile
Garrigues (mars 2016).

² http://www.snmpmi.org/IMG/pdf/depliant_snmpmi_2014_vweb.pdf

Annexe 1

**Nouvelles
grilles
indiciaires
2014**

Médecin 2^{ème} classe					
Echelon	Indice brut	Indice majoré	Ancienneté minimale	Ancienneté maximale	Traitement brut (€)**
1	528	452	1 an	1 an	2092,89
2	588	496	1 an	1 an	2296,62
3	655	546	1 an 9 mois	2 ans	2528,14
4	701	582	1 an 9 mois	2 ans	2694,83
5	750	619	1 an 9 mois	2 ans	2866,15
6	801	658	2 ans	2 ans 6 mois	3046,73
7	852	696	2 ans	2 ans 6 mois	3222,68
8	901	734	2 ans	2 ans 6 mois	3398,63
9	966	783	-	-	3625,52
Médecin 1^{ère} classe					
1	801	658	1 an 9 mois	2 ans	3046,73
2	852	696	1 an 9 mois	2 ans	3222,68
3	901	734	1 an 9 mois	2 ans	3398,63
4	966	783	1 an 9 mois	2 ans	3625,52
5	1015	821	2 ans 6 mois	3 ans	3801,47
6	HEA	881-916-963	-	-	4079,29 - 4241,35 - 4458,97
Médecin hors-classe					
1	901	734	1 an 6 mois	2 ans	3398,63
2	966	783	1 an 6 mois	2 ans	3625,52
3	1015	821	2 ans	3 ans	3801,47
4	HEA	881-916-963	2 ans	3 ans	4079,29 - 4241,35 - 4458,97
5	HEB	963-1004-1058	-	-	4458,97 - 4648,81 - 4898,85
Spécial*	HEBbis	1058-1086-1115	-	-	4898,85 - 5028,50 - 5162,78

* Echelon spécial contingenté à 25% de l'effectif des médecins hors-classe dans les collectivités > 900 000 habitants et à 34% dans celles < 900 000 habitants, après 4 ans d'ancienneté minimum au 5^{ème} échelon

** La rémunération globale est composée de ce traitement brut indiciaire auquel s'ajoutent le régime indemnitaire (cf. annexe 3), le supplément familial, l'indemnité de résidence et éventuellement l'attribution d'une NBI

NB : Les flèches indiquent les échelons à partir desquels un avancement de grade est possible sous conditions d'ancienneté

Annexe 2



ACEPP (Association des Collectifs Enfants Parents Professionnels), **ANAPSY-pe** (Association Nationale des Psychologues pour la Petite Enfance), **ANPDE** (Association Nationale des Puéricultrices Diplômées et des Etudiantes), **ANSFT** (Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales), **ATD Quart Monde**, **Fédération CFDT-Interco**, **Fédération CGT des services publics**, **CSF** (Confédération Syndicale des Familles), **FNEJE** (Fédération Nationale des Educateurs de Jeunes Enfants), **SNMPMI** (Syndicat National des Médecins de PMI), **SNUCLIAS-FSU**, **SUD collectivités territoriales**, **UFNAFAAM** (Union Fédérative Nationale des Associations de Familles d'Accueil et Assistantes Maternelles), **UNIOPSS** (Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux)

Quels enjeux pour la politique de PMI après le vote de la loi de modernisation du système de santé ?

Concernant l'application-même de la loi de Santé

♦ A l'article. 1^{er} la loi LMSS précise que la politique nationale de santé comprend "l'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile".

Quel cadre permanent construire pour mettre en place cette animation, quels en seront les missions, la composition, les modalités de fonctionnement ?

Nos pistes de réflexion et propositions :

- Mettre en place un cadre de travail permanent s'apparentant à un comité d'interface pour la prévention et la promotion de la santé dans le champ de l'enfance, de la famille et de la planification familiale, placé sous l'égide de la DGS.

- Ce comité d'interface aura dans son champ de compétence (réflexions et actions concertées) les grands domaines de la PMI (PI, PM, planification familiale, modes d'accueil).

- Il offrira un cadre de co-production associant les principaux acteurs intéressés à la politique de PMI (DGS-DGOS-DSS du ministère, ADF, représentants de services de PMI, de l'assurance maladie, représentants d'organismes familiaux et professionnels - dont la plate-forme PMI)³,

- Cette coproduction s'inscrit dans l'esprit de la loi LMSS qui prévoit que :

* dans le cadre de la politique nationale de santé relevant de la responsabilité de l'Etat (article L.1411-1 du CSP) figure "*l'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile*"

* au titre de l'Article L.1411-9 du CSP, "*Les services de santé mentionnés à l'article L. 1411-8 contribuent, chacun dans le cadre des missions qui lui sont imparties, à la politique de santé définie aux articles L. 1411-1 et L. 1411-1-1.*"

- Une telle coproduction pourrait par exemple prendre la forme de :

* proposer la définition de priorités nationales pour les actions de PMI et de planification familiale, à partir notamment des orientations de la stratégie nationale de santé, dans ses volets enfant, jeunesse, maternité, ... et des remontées des services et acteurs de PMI ;

* 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

³ L'ensemble des acteurs de santé de l'enfant et de la famille - hospitaliers, ambulatoires, santé scolaire, PMI...- associés à ceux déjà cités se retrouvant dans le cadre d'une commission de la naissance et de la santé de l'enfant révoquée et travaillant sur les enjeux d'élaboration du volet santé de l'enfant de la stratégie nationale de santé

diffuser les résultats ; un premier enjeu pourrait consister à réaliser un état des lieux en 2016-2017 de la réalisation des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile ;

* 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, et de moyens financiers et humains à leur consacrer ;

* travailler à partir de thématiques concrètes telles que le parcours de prévention et de prise en charge suite à des dépistages (troubles sensoriels, retard ou difficultés de langage...), la mise en place de dossiers santé électroniques en lien avec un futur e-carnet de santé de l'enfant, la coopération des professionnels en intra et extra services de PMI autour du parcours de suivi préventif de la femme enceinte et celui de l'enfant (cf. les 20 examens réglementaires), etc.

♦ A l'art. 65 la loi LMSS précise que les acteurs des soins de premier recours, dont les professionnels de PMI font partie, sont appelés à participer aux communautés professionnelles territoriales de santé : quelle place pour la PMI dans ces futures CPTS, quelle missions concrètes pour ces CPTS en lien avec celles de PMI ("assurer une meilleure coordination des actions des acteurs de santé de premier recours et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé, formalisation d'un projet de santé sur leur territoire d'action") ? Peut-on envisager la mise en place de CPTS consacrés spécifiquement aux problématiques de santé enfance-jeunesse-famille ? Quelles articulations avec les futurs Conseils territoriaux de santé ?

Nous formulons la demande de faire figurer dans un texte réglementaire ou à défaut à l'occasion d'une circulaire ou d'une note d'orientation sur les CPTS, le fait que les services tels la PMI, la santé solaire, la santé au travail, c'est-à-dire ceux mentionnés à l'article L. 1411-8, figurent bien parmi les acteurs de santé du premier recours et à ce titre ont vocation à entrer dans les CPTS.

Nous rappelons que d'ores et déjà les équipes et services de PMI sont impliqués dans de nombreux cadres collectifs locaux de coopération : réseaux addiction, contrats locaux de santé, réseaux de suivi des anciens prématurés, consultations conjointes formalisées PMI-pédopsychiatrie, REPOP, réseaux de prévention des violences faites aux femmes, partenariats avec les acteurs de la prise en charge des enfants porteurs de handicap, travail avec els associations dans le cadre des accompagnements de familles en grande difficulté sociale (parents sans domicile, familles Roms,...).

♦ A l'art. 158 la loi LMSS précise que des représentants des services de PMI sont associés aux conseils territoriaux de santé : quels critères pour définir les territoires de santé ?, quelle clarification des missions de ces CTS ("participation à la réalisation du diagnostic territorial de santé, élaboration, mise en œuvre, suivi et évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé"...), quelle clarification de leur organisation ?, quelle articulation entre les CPTS et les CTS ? quels échanges mutuels et quelles coopérations entre les différentes strates pour définir des orientations nationales, régionales et territoriales articulées en terme de politiques de santé familiale et infantile et de planification familiale, tout en préservant des réponses spécifiques en fonction des réalités de terrain ?

Nos observations et demandes formulées à l'occasion de la concertation sur le projet de décret sont les suivantes :

1) Il prendrait sens que les représentants de services de PMI au sein du Conseil territorial de santé puissent être désignés naturellement au titre du 3^ocollège (en tant que professionnel-s de santé exerçant en service de PMI sous l'autorité du président d'un Conseil départemental), mais

également au titre du 1^o collègue (en tant que professionnel-s de santé chargé-s d'une mission de promotion de la santé et de prévention).

2) Nous souhaiterions que le tableau de répartition des collèges du CTS, document où est mentionné explicitement la représentation du service départemental de PMI, figure en annexe du décret. Il serait également souhaitable qu'il soit mentionné dans ce tableau que la représentation du service départemental de PMI est assurée par le médecin qui dirige le service départemental de PMI (cité à l'article L. 2112-1 du code de la santé publique).

3) Si le conseil territorial de santé siège sur un territoire dont le ressort géographique englobe plus d'un département, il serait utile de prévoir qu'un représentant du service de PMI de chacun des départements concernés soit désigné dans le CTS (en pratique il sera sans doute rare que cela concerne plus de deux départements).

Une autre dimension que nous souhaitons voir traiter dans l'articulation des approches nationale-territoriale est celle d'améliorer l'intégration des actions et structures de PMI vis-à-vis du système de santé, tout en préservant notre proximité avec les politiques sociales et éducatives enfance - famille.

Autres chantiers complémentaires urgents

♦ travailler sur les enjeux de financement notamment :

- avec la DSS sur les modalités de financement par les organismes d'assurance maladie (part forfaitaire sur les actions de santé publique et de prévention collective⁴ et part de remboursement à l'acte avec la prise en compte des actes des infirmières puéricultrices), et sur la nécessité d'ouvrir un chantier concernant la valorisation financière des actes des psychologues,
- avec la DGOS sur les aspects d'application à la PMI des modalités de financement prévus dans le cadre de la coordination et de la continuité des soins, en amendement notamment dans ce sens les articles L. 1435-3 et 4 et L6323-5 du code de la santé publique relatifs à la contractualisation avec les offreurs de services de santé et aux dotations de financement des services de santé (fonds attribués par les ARS⁵),
- avec la DGCS sur la piste d'une participation des CAF au financement des actions de la PMI portant sur leur mission concernant les modes d'accueil.

♦ travailler sur les enjeux de démographie des professionnels de santé, de statut, de formation et de curriculum des métiers exerçant en PMI : reprise des travaux de 2014 avec les directions concernées du ministère des affaires sociales et santé, lien à faire avec les ministères de la fonction publique et de l'enseignement supérieur.

⁴ proposition de compléter le deuxième alinéa de l'article L. 2112-7 du CSP en prévoyant l'attribution par les organismes d'assurance maladie sur leur fonds d'action sanitaire et sociale de dotations contribuant notamment à l'exercice pluridisciplinaire des services de PMI et à la coordination des soins

⁵ financement pluriannuel de programmes coopératifs en prévention et santé publique, contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins et dotations contribuant à financer l'exercice coordonné des soins

Annexe 3

Mesures de la loi de modernisation du système de santé intéressant la PMI		
Mesure	Extraits du texte de loi	Textes d'application
<p>Article 1 : Définition de la politique de santé:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Approche déterminants vie entière (notion d'exposome) - Parcours éducatif en santé - Animation nationale des actions de PMI 	<p>(..) 2° <u>L'article L. 1411-1</u> est ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 1411-1.</i> – (.....) « La politique de santé comprend :</p> <p>« 1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants, notamment ceux liés à l'éducation et aux conditions de vie et de travail. L'identification de ces déterminants s'appuie sur le concept d'exposome, entendu comme l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine ;</p> <p>« 2° La promotion de la santé dans tous les milieux de vie, notamment dans les établissements d'enseignement (..)</p> <p>« 3° La prévention collective et individuelle, tout au long de la vie, des maladies et de la douleur, des traumatismes et des pertes d'autonomie, notamment par la définition d'un parcours éducatif de santé de l'enfant, par l'éducation pour la santé, par la lutte contre la sédentarité et par le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges ;</p> <p>« 4° L'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile mentionnée à l'article L. 2111-1 ;(...)</p>	
<p>Article 1 : Un volet de la SNS est consacré à Santé de l'enfant</p>	<p>(..) 3° <u>L'article L. 1411-1-1</u> est ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 1411-1-1.</i> – La politique de santé est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé définie par le Gouvernement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. La stratégie nationale de santé détermine, de manière pluriannuelle, des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie. Un volet de la stratégie nationale de santé détermine les priorités de la</p>	<p>« Un décret en Conseil d'État définit les conditions d'application de l'article <i>Art. L. 1411-1-1</i> » ;</p>

	politique de santé de l'enfant. (...)	
Article1 : Le HCSP contribue à une politique de santé de l'enfant globale et concertée	(..) 7° L'article <u>L. 1411-4</u> est ainsi modifié : a) Le 1° est ainsi rédigé : « 1° De contribuer à l'élaboration, au suivi annuel et à l'évaluation pluriannuelle de la stratégie nationale de santé ; » b) Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé : « 4° De contribuer à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée. » ;	
Article 1 : Participation des grands services de prévention à la politique nationale de santé	(..) 8° Le chapitre I ^{er} du titre I ^{er} est complété par un article <u>L. 1411-9</u> ainsi rétabli : « <i>Art. L. 1411-9.</i> – Les services de santé mentionnés à l'article L. 1411-8 contribuent, chacun dans le cadre des missions qui lui sont imparties, à la politique de santé définie aux articles L. 1411-1 et L. 1411-1-1. »	
Article 3 : Coordination des actions EN/PMI	1° Le II de l'article <u>L. 121-4-1</u> [<i>du code de l'éducation</i>]est ainsi modifié : (...) c) Après le même 3°, il est inséré un 3° <i>bis</i> ainsi rédigé : « 3° <i>bis</i> La coordination des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile avec les missions conduites dans les écoles élémentaires et maternelles ; »(..)	
Article 3 : Parcours éducatif en santé	(...) 2° Après la troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 541-1[<i>du code de l'éducation</i>], est insérée une phrase ainsi rédigée : « Les élèves bénéficient également d'actions de promotion de la santé constituant un parcours éducatif de santé conduit dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 121-4-1. » (...) A l'article L. 2325-1 du code de la santé publique, est insérée une phrase ainsi rédigée :« Les élèves bénéficient également d'actions de promotion de la santé constituant un parcours éducatif de santé conduit dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 121-4-1 du code de	

	l'éducation. »	
Article 4 : Contribution des usagers et acteurs de proximité à la promotion de la santé à l'école	L'article L. 121-4-1 du code de l'éducation est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Des acteurs de proximité non professionnels de santé concourent également à la promotion de la santé à l'école. Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé. »	
Article 7 : Dispense d'obtenir le consentement parental pour les mineurs pour les actes de prévention en matière de santé sexuelle et reproductive	A l'article L. 1111-5 du code de la santé publique(...) b) Aux trois premières phrases, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » ; c) Aux première et troisième phrases, les mots : « le traitement » sont remplacés par les mots : « l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement » ; (...) il est inséré un article L. 1111-5-1: « Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, l'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale (...) »	
Article 10 : Le titre de la deuxième partie du code devient « Santé <u>sexuelle et</u> reproductive, droits de la femme et protection de la santé de l'enfant »	Art. 10 A l'intitulé de la deuxième partie du code de la santé publique, après la première occurrence du mot : « santé », sont insérés les mots : « sexuelle et ».	
Article 10 : Délivrance contraception d'urgence par infirmières scolaires sans conditions Vise également l'orientation vers les centres de planification	.-Le dernier alinéa du I de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique est ainsi modifié : 1° A la deuxième phrase, les mots : « si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, », les mots : « à titre exceptionnel et » et les mots : « et de détresse caractérisés » sont supprimés ; 2° La dernière phrase est complétée par les mots : « , notamment en orientant l'élève vers un centre de planification ou d'éducation familiale ». III.-Au a du 2° de l'article L. 5521-7 du même code, les mots : « ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement »	

	accessible » sont remplacés par les mots : «, notamment en orientant l'élève vers un centre de planification ou d'éducation familiale ».	
Article 11 : Information sur les méthodes contraceptives et respect du choix	Au début de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique, il est ajouté un I A ainsi rédigé (..) « toute personne a le droit d'être informée sur l'ensemble des méthodes contraceptives et d'en choisir une librement. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. »	
Article 28 : Extension au vapotage des interdictions de fumer dans les établissements accueillant des mineurs	Insertion dans le code de santé publique d'un article L. 3511-7-1: «.-Il est interdit de vapoter dans : « 1° Les établissements scolaires et les établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs (...); »	Un décret en conseil d'état fixe les conditions d'application
Article 29 : Interdiction de fumer en voiture en présence d'un enfant	Insertion dans le code de santé publique d'un art. L. 3511-7-2. : « Il est interdit à tous les occupants d'un véhicule de fumer en présence d'un enfant de moins de dix-huit ans. »	
Article 48 : Saturnisme : extension des dispositions de prévention aux femmes enceintes	(..) « 2° Après le mot : « concernés », la fin de la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1334-1 est remplacée par les mots (..) : «, des familles et, le cas échéant, des femmes enceintes. (..) »	
Article 59 : Exposition des enfants au bisphénol A/interdiction jouets	L'article L. 5231-2 du code de la santé publique est complété par un 3° ainsi rédigé : « 3° Des jouets ou amusettes comportant du bisphénol A ne respectant pas la limite de concentration ou la limite de migration pour cette substance définies par arrêté des ministres chargés de la santé, de la consommation, de l'industrie et de l'environnement. »	Arrêté seuils
Article 65 : Communautés professionnelles territoriales de santé :	« Art. L. 1434-12.-Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1 et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé. « La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier	

	<p>ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.</p> <p>« Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé.</p> <p>« Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé.</p> <p>« A défaut d'initiative des professionnels, l'agence régionale de santé prend, en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé.</p> <p>« Art. L. 1434-13.-Pour répondre aux besoins identifiés dans le cadre des diagnostics territoriaux mentionnés au III de l'article L. 1434-10 et sur la base des projets de santé des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé, l'agence régionale de santé peut conclure des contrats territoriaux de santé. (...)</p>	
Article 67 Pactes territoires santé	<p>« Art. L. 1434-14.-Le pacte territoire-santé a pour objet d'améliorer l'accès aux soins de proximité, en tout point du territoire.</p> <p>« Ce pacte comporte des dispositions visant notamment à :</p> <p>« 1° Promouvoir la formation et l'installation des professionnels de santé et des centres de santé en fonction des besoins des territoires ;</p> <p>« 2° Accompagner l'évolution des conditions d'exercice des professionnels de santé, notamment dans le cadre des équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles mentionnées à l'article L. 1434-12.</p> <p>« Le pacte peut prévoir des actions spécifiquement destinées aux territoires particulièrement isolés et aux quartiers prioritaires de la politique de la ville ainsi que des dispositions particulières pour les collectivités d'outre-mer.</p> <p>« Ce pacte est arrêté par le ministre chargé de la santé. Les agences régionales de santé le mettent en œuvre après concertation avec les acteurs concernés et associent les conseils territoriaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-10. (...)</p>	Décret de nomination du comité national (élus/professionnels)
Article 69 : Prise en compte de la	(..) Art. L. 3221-1.-La politique de santé mentale comprend des actions de	Priorités pour l'accès aux

<p>spécificité enfants/adolescents dans la mise en place de la psychiatrie de secteur</p>	<p>prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion.(.)</p> <p>« Art. L. 3221-2.-I.- (..) « Les diagnostics et les projets territoriaux [<i>de santé mentale</i>] tiennent compte des projets des équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12.(...)</p> <p>Art. L. 3221-3.-I.(..) « La mission de psychiatrie de secteur se décline de <u>façon spécifique pour les enfants et les adolescents.</u> »</p> <p>Art. L. 3221-4.-Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, parmi les établissements de santé autorisés en psychiatrie et assurant le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-1, les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur et <u>sa déclinaison pour les enfants et les adolescents.</u> (..)</p> <p>« Chaque établissement détermine, dans le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ou dans les documents définissant la politique médicale mentionnée à l'article L. 6161-2-2, les modalités d'organisation et de fonctionnement de cette activité dans la zone qui lui a été affectée et sa déclinaison <u>pour les enfants et les adolescents,</u> (..)</p>	<p>dispositifs et services fixée par voie réglementaire</p> <p>Décret communautés psychiatriques de territoire</p>
<p>Article 76 : Médecin traitant de l'enfant : sans préjudice des actions de PMI</p>	<p>(...)II.-Le 2° de l'article L. 2112-2 du code de la santé publique est complété par les mots : «, en tenant compte des missions particulières des médecins traitants mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et sans préjudice des compétences des médecins du service de protection maternelle et infantile ».(...)</p>	
<p>Article 77 : possibilité d' IVG instrumentale dans les centres de santé</p>	<p>Après le mot : « grossesse », la fin de la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code, selon des modalités définies par un cahier des charges établi par la Haute Autorité de santé, dans le cadre d'une convention conclue au titre de l'article L. 2212-2. »</p>	
<p>Article 79 : Vaccinations par les centres de planification</p>	<p>L'article L. 2311-5 du code de la santé publique est ainsi modifié : (..)</p> <p>2° Après le même alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Au titre de leur mission de prévention, les centres de planification ou d'éducation familiale réalisent les vaccinations prévues par le calendrier des</p>	

	vaccinations. Les dispositions relatives au respect de l'anonymat ne s'appliquent pas. » ; (...)	
Article 82 : Suppression du délai de réflexion pour une IVG entre la consultation d'information et celle de recueil du consentement	L'article L. 2212-5 du code de la santé publique est ainsi modifié : 1° Après le mot : « écrite », la fin de la première phrase est supprimée ; 2° Après la référence : « L. 2212-4 », la fin de la seconde phrase est supprimée.	
Article 90 : Médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique	« Art. L. 1110-13.[<i>code de santé publique , nouveau</i>] – La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités. « Des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire ou d'interprétariat linguistique ainsi que la place de ces acteurs dans le parcours de soins des personnes concernées. Ces référentiels définissent également le cadre dans lequel les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins peuvent avoir accès à des dispositifs de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique. Ils sont élaborés par la Haute Autorité de santé.(..) Le 5° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et élaborer des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques dans le domaine de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique ».	Décret [publication liée aux référentiels adoptés par la Haute autorité de santé , prog 2016]}
Article 127 : IVG médicamenteuse par les sages femmes	(..) 1° À la première phrase de l'article L. 2212-1, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou à une sage-femme » ; 2° L'article L. 2212-2 est ainsi modifié : a) Le premier alinéa est complété par les mots : « ou, pour les seuls cas où elle est réalisée par voie médicamenteuse, par une sage-femme » ; b) Au second alinéa, après le mot : « praticien », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » ; (...) 5° Le premier alinéa de l'article L. 2212-6 est ainsi rédigé : « En cas de confirmation, le médecin ou la sage-femme peuvent pratiquer personnellement l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au second alinéa de l'article L. 2212-2. S'ils ne pratiquent pas eux-mêmes l'intervention, ils restituent à la femme sa demande pour que celle-ci soit	

	remise au médecin ou à la sage-femme choisis par elle et lui délivrent un certificat attestant qu'ils se sont conformés aux articles L. 2212-3 et L. 2212-5 (..) 9° L'article L. 2213-2 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, l'interruption volontaire de grossesse pour motif médical ne peut être pratiquée que par un médecin.	
Article 127 : Vaccination entourage nouveau-né par les sages femmes	<i>Art. L. 4151-2.</i> – Les sages-femmes peuvent prescrire et pratiquer les vaccinations de la femme et du nouveau-né. « Elles peuvent prescrire et pratiquer, en vue de protéger l'enfant pendant la période postnatale, les vaccinations des personnes qui vivent régulièrement dans son entourage, dans des conditions déterminées par décret. Ce décret détermine également les modalités selon lesquelles les sages-femmes transmettent au médecin traitant de ces personnes les informations relatives à ces vaccinations » (..)	Décret et arrêté [Avis rendu par le HCSP (23 /10/ 2015 relatif à l'extension des compétences des sages-femmes en matière de vaccination des personnes de l'entourage d'un nouveau-né En attente d'avis de l'ANSM]
Article 127 Nouvelle rédaction de l'art L. 4151-1 du CSP en matière de réalisation de l'examen postnatal : ancienne rédaction : « accouchement eutocique+suites non pathologiques »	L'article L. 4151-1 du code de la santé publique est ainsi modifié (...) « La sage-femme peut effectuer l'examen postnatal à la condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée. » ;	
Article 127 : droit de tous à l'information aux méthodes abortives	L'article L. 2212-1 [du code de la santé publique] est complété par deux alinéas ainsi rédigés : « Toute personne a le droit d'être informée sur les méthodes abortives et d'en choisir une librement. « Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. »	
Article 134 : Prescription des substituts nicotiques par la sage femme à l'entourage femme enceinte, nouveau-né dans un contexte d'élargissement des possibilités de prescrire (infirmiers, kinés, médecins du travail)	« <i>Art. L. 3511-10. [du code de la santé publique, nouveau]</i> – Les substituts nicotiques peuvent être prescrits par (...) « 3° Les sages-femmes, en application de l'article L. 4151-4 ; « 4° Les infirmiers ou les infirmières, en application de l'article L. 4311-1 ; (..) II. – La seconde phrase de l'article L. 4151-4 [du code de la santé publique] est complétée par les mots : « et prescrire des substituts nicotiques à toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale ou assurent la	Arrêté

	garde de ce dernier ».	
Article 158 : Représentation de la Pmi dans les Conseils territoriaux de santé	(..) « <i>Art. L. 1434-10. – I. – Le directeur général de l’agence régionale de santé constitue un conseil territorial de santé sur chacun des territoires définis au 1° de l’article L. 1434-9.</i> « Le conseil territorial de santé est notamment composé de représentants des élus des collectivités territoriales, des services départementaux de protection maternelle et infantile mentionnés à l’article L. 2112-1 et des différentes catégories d’acteurs du système de santé du territoire concerné. Il veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants. Il organise au sein d’une formation spécifique l’expression des usagers, en intégrant celle des personnes en situation de pauvreté ou de précarité. Il comprend également une commission spécialisée en santé mentale.(..)	Décret en conseil d’état /arrêté
Article 158 : Renforcement du rôle de la commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile	(...)Le 2° de l’article L. 1432-1 est ainsi modifié : – à la seconde phrase du premier alinéa, les mots : « assurer la cohérence et la complémentarité des » sont remplacés par les mots : « coordonner les » ; – au deuxième alinéa, après le mot : « prévention », sont insérés les mots : « et de la promotion de la santé » ; – après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « L’agence régionale de santé veille à ce que la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé soit prise en compte au sein de ces commissions, lesquelles rendent compte d’actions précises de lutte contre ces inégalités, notamment à l’égard des personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité sociale, dans le cadre du programme mentionné au 3° de l’article L. 1434-2 du présent code. » ;	

Annexe 4

Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

Article L142-1 du code de l'Action Sociale et des Familles [En savoir plus sur cet article...](#)
Modifié par [LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 69](#)

Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est composé en nombre égal d'hommes et de femmes et a pour missions d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bientraitance, dans une approche intergénérationnelle.

Son fonctionnement et sa composition sont fixés par un décret, qui prévoit une formation plénière et des formations spécialisées dans leur champ de compétences.

Dans le cadre de ses missions, le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge :

1° Formule des propositions et des avis et réalise ou fait réaliser des travaux d'évaluation et de prospective sur les politiques de son champ de compétences, au regard des évolutions démographiques, sociales, sanitaires et économiques ;

2° Formule des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie, au regard notamment des engagements internationaux de la France, dont ceux de la convention internationale des droits de l'enfant du 20 novembre 1989 ;

3° Formule toute proposition de nature à garantir, à tous les âges de la vie, le respect des droits et la bientraitance des personnes vulnérables ainsi que la bonne prise en compte des questions éthiques ;

4° Mène des réflexions sur le financement des politiques mises en œuvre dans son champ de compétences ;

5° Donne un avis, dans le cadre des formations spécialisées compétentes en matière d'enfance, d'avancée en âge des personnes âgées et des personnes retraitées, d'adaptation de la société au vieillissement et de la bientraitance, sur tout projet de loi ou d'ordonnance les concernant et peut en assurer le suivi ;

6° Favorise les échanges d'expérience et d'informations entre les différentes instances territoriales sur les politiques qui le concernent.

La formation spécialisée dans le champ de compétence de l'âge mène une réflexion sur l'assurance et la prévoyance en matière de dépendance. Elle favorise les échanges d'expérience et d'informations avec le Conseil national consultatif des personnes handicapées mentionné à l'article L. 146-1 sur les aspects communs des politiques en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge peut être saisi par le Premier ministre, le ministre chargé de la famille, le ministre chargé des personnes âgées et les autres ministres concernés de toute question relevant de son champ de compétences.

Il peut se saisir de toute question relative à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge des personnes âgées et des retraités et à l'adaptation de la société au vieillissement ainsi qu'à la bientraitance.



- ▶ **Le SNMPMI**
un syndicat efficace
pour défendre notre statut
et nos conditions d'exercice professionnel
- ▶ **Le SNMPMI**
un syndicat engagé
pour assurer l'avenir de la PMI
au sein d'un système de santé plus solidaire
- ▶ **Le SNMPMI**
un syndicat au cœur des débats
pour une prévention prévenante
et une société plus égalitaire



www.snmpmi.org

Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile

Le SNMPMI
Un syndicat efficace
pour défendre notre statut
et nos conditions d'exercice professionnel

- ▶ Le **SNMPMI** a obtenu la revalorisation statutaire des médecins territoriaux, il poursuit son action pour la titularisation des contractuels, pour la revalorisation des rémunérations des non-titulaires
- ▶ Le **SNMPMI** agit pour le retour à une formation initiale de 3 mois, pour un développement professionnel continu adapté aux missions des médecins de PMI et pris en charge par les employeurs
- ▶ Le **SNMPMI** a publié un document de référence sur les réorganisations des services de PMI qui a permis le maintien de services structurés
- ▶ Le **SNMPMI** défend les règles déontologiques d'indépendance professionnelle et du secret médical dans le cadre des missions confiées aux médecins de PMI

Le SNMPMI
Un syndicat engagé
pour assurer l'avenir de la PMI
au sein d'un système de santé plus solidaire

- ▶ Le **SNMPMI** est un acteur majeur de la plate-forme unitaire pour Assurer l'avenir du service public de PMI, qui défend la création d'une instance nationale pour la promotion de la santé familiale et infantile, l'existence de services de PMI et de planification familiale dans tous les départements, la mise en place de services publics locaux de santé de l'enfant et de l'adolescent associant tous les partenaires dans le cadre de la stratégie nationale de santé et de la loi de santé publique en cours d'élaboration

Le SNMPMI
Un syndicat au cœur des débats
pour une prévention prévenante
et une société plus égalitaire

- ▶ Le **SNMPMI** participe à de nombreuses instances et est régulièrement consulté par les pouvoirs publics sur les dossiers en rapport avec les missions de PMI, il défend une conception humaniste et prévenante de la prévention et des politiques de santé
- ▶ Le **SNMPMI** organise un colloque annuel portant sur les pratiques professionnelles et/ou sur les politiques publiques de santé et de société pour la famille, la petite enfance et l'adolescence, qui donne lieu à parution d'un ouvrage

Adhérez

Assurer l'avenir du **SNMPMI**,
c'est aussi assurer l'avenir de la **PMI** !

Promouvoir la santé du **SNMPMI**
c'est aussi promouvoir la santé des enfants, des femmes,
des familles, des adolescents !

Cotisation syndicale année 2014

Montant des cotisations, en fonction du revenu mensuel :

< 400 €/mois, étudiant, cas particuliers	30 €	1900 € << 2650 €	120 €
400 € << 1150 €	60 €	2650 € << 3400 €	150 €
1150 € << 1900 €	90 €	> 3400 €	180 €

Cotisation de soutien : >180 €

J'adhère

Première adhésion renouvellement

Nom, prénom :

Adresse personnelle :

Code postal et Ville :

Téléphone : Portable : Mail :

Adresse professionnelle :

Code postal et Ville :

Téléphone : Fax/Port : Mail :

Préciser si vous êtes : titulaire, vacataire, contractuel(le) (rayez les mentions inutiles)

Exercice : (% du temps plein) Spécialité(s) :

Préférence envoi (pour l'appel à cotisation) : Mail personnel Mail professionnel

Courrier uniquement

Je verse la somme de : Euros Date et signature :

Chèque (Banque) Numéro :

Vu / secrétariat : Trésorerie :

SNMPMI
65-67 rue d'Amsterdam - 75008 PARIS
Tél. 01 40 23 04 10 - Fax 01 40 23 03 12 - Courriel : contact@snmpmi.org

www.snmpmi.org