



LES **AVIS**
DU CONSEIL
ÉCONOMIQUE,
SOCIAL ET
ENVIRONNEMENTAL

La protection maternelle et infantile

Christiane Basset

Octobre 2014

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ - ÉGALITÉ - FRATERNITÉ



CONSEIL ÉCONOMIQUE
SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL


Les éditions des
Journaux officiels

2014-21

NOR : CESL1400023X

Lundi 27 octobre 2014

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Mandature 2010-2015 – Séance du 14 octobre 2014

LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Avis du Conseil économique, social et environnemental
Mme Christiane Basset, rapporteure

au nom de la
section des affaires sociales et de la santé

Question dont le Conseil économique, social et environnemental a été saisi par décision de son bureau en date du 26 février 2013 en application de l'article 3 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 modifiée portant loi organique relative au Conseil économique, social et environnemental. Le bureau a confié à la section des affaires sociales et de la santé la préparation d'un avis intitulé : *La protection maternelle et infantile*. La section des affaires sociales et de la santé, présidée par M. François Fondard, a désigné Mme Christiane Basset comme rapporteure.

Sommaire

■ Avis	4
■ Introduction	4
■ État des lieux, état d'urgence ?	5
■ La santé de la mère et de l'enfant : la France occupe une position moyenne en Europe	5
✎ L'état de santé périnatale est globalement satisfaisant, mais progresse moins depuis deux décennies	5
✎ Les comparaisons européennes et régionales montrent que les inégalités persistent et que des améliorations sont encore possibles	6
■ Alors que l'offre de soins connaît une forte évolution, en raison :	7
✎ De la nécessaire prise en compte de nouveaux risques pour la mère et l'enfant	7
✎ De la réorganisation de la prise en charge par le réseau de soins	7
■ ... dans un environnement économique et social particulièrement difficile	9
■ La PMI, une structure originale, précieuse d'une approche globale des besoins de la population	10
■ Les atouts de la PMI	10
✎ Une intervention pluridisciplinaire et multisectorielle (sanitaire, médico-social, social)...	10
✎ ... qui met en œuvre des actions de prévention, d'éducation et d'accompagnement.	10
✎ ... au plus près des territoires et des personnes...	11
■ Les zones de fragilité	11
✎ Une insuffisance de pilotage	11
✎ L'accroissement des missions de la PMI confrontée aux interventions d'autres acteurs	12
✎ De fortes disparités inter et infra-départementales	13

■ Comment permettre à la PMI de mieux remplir ses missions ? Les préconisations du CESE	14
■ Accessibilité, gratuité, proximité : réaffirmer le caractère de service public de la PMI	14
■ Valoriser les savoir-faire de la PMI en développant les coopérations	16
■ Inscrire des priorités nationales et les assortir des moyens nécessaires	18
✎ Rénover la gouvernance et renforcer le pilotage	18
✎ Evaluer certaines missions de la PMI pour une meilleure efficacité	20
■ Conclusion	24

■ **Déclaration des groupes** _____ **25**

■ **Scrutin** _____ **39**

Annexes _____ **41**

Annexe n° 1 : composition de la section des affaires sociales et de la santé __ 41

Annexe n° 2 : liste des personnalités auditionnées _____ 43

Annexe n° 3 : glossaire _____ 45

Annexe n° 4 : liste des sigles _____ 49

Annexe n° 5 : liste bibliographique _____ 50

Avis

Introduction

Le taux de mortalité infantile, qui était de 77,8 pour 1 000 naissances en 1945, est de 3,3 en 2012. Si des progrès importants ont été accomplis, certains indicateurs de santé restent préoccupants. Le taux de mortalité maternelle, par exemple, est de 10,3 pour 100 000 naissances. Les difficultés d'accès aux soins, pour des raisons géographiques ou financières perdurent, voire s'accroissent. Les besoins en matière de périnatalité, de suivi des jeunes enfants, de prévention restent donc très importants.

La protection maternelle et infantile (PMI), qui exerce la seule compétence sanitaire décentralisée, fait le lien entre le médical et le médico-social. Elle peut repérer des situations complexes, au tout début de la grossesse et mettre en place un suivi, avant et après la naissance, dans les locaux de la PMI ou à domicile. Elle propose une prise en charge pluridisciplinaire, de prévention et de suivi sanitaire de la mère et de l'enfant de moins de six ans. Service départemental, elle assure un « suivi social » à travers le lien avec les autres structures du département pour aider les familles dans leurs démarches d'ouverture de droits. Elle agit donc sur l'ensemble des déterminants de la santé.

La PMI assume une mission essentielle et originale qui ne peut être confiée à une autre structure existante. Pourtant, la PMI est aujourd'hui une institution qui souffre :

- du manque de mise en cohérence de certaines activités de son cœur de métier. Des ateliers de naissance, un suivi des femmes à la sortie de la maternité, des centres de périnatalité... se développent sans que la PMI soit associée à la mise en place de ces dispositifs. Les acteurs se multiplient mais la cohérence de la prise en charge n'est pas toujours assurée ;
- du manque de pilotage et de gouvernance des PMI qui doivent être clarifiés. La globalité des compétences n'est appréhendée, ni par les agences régionales de santé (ARS), qui n'interviennent pas dans le financement des PMI qui relève essentiellement des conseils généraux, ni par les départements compétents sur le seul volet de l'action sociale ;
- de l'incertitude quant au rattachement des PMI aux départements qui serait appelé à évoluer. L'organisation territoriale pourrait connaître de profonds changements.

Pour le CESE, la PMI doit exercer ce rôle essentiel et si important dans le suivi médico-social de la mère et de l'enfant et l'accompagnement des familles. Il importe aujourd'hui de permettre à la PMI de mieux remplir ses missions.

¹ L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public à l'unanimité des votants. (voir le résultat du scrutin en annexe).

État des lieux, état d'urgence ?

La santé de la mère et de l'enfant : la France occupe une position moyenne en Europe

L'état de santé périnatale est globalement satisfaisant, mais progresse moins depuis deux décennies

Les progrès en matière de santé périnatale s'expliquent par la mise en place de mesures simples et généralisées de prévention, comme les consultations systématiques pré et postnatales, la lutte contre les maladies infectieuses, le dépistage et la vaccination. A cet égard, l'action de la PMI a joué un grand rôle dans le contexte d'essor démographique d'après-guerre.

La dernière enquête nationale périnatalité réalisée en 2010 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) permet de dresser un bilan. Elle indique des résultats assez contrastés. Le suivi médical de la grossesse apparaît bon. Les déclarations et la surveillance des grossesses sont bien assurées, sauf pour les femmes vivant dans un contexte social difficile pour lesquelles cet indicateur se dégrade. Les normes et recommandations en termes de nombre de consultations et d'exams prénataux sont atteintes et parfois dépassées (deux tiers des femmes font plus de trois échographies), ce qui pose, dans certains cas, la question d'une surconsommation médicale (20 % des femmes font plus de 6 échographies). Le rôle des sages-femmes s'est affirmé dans le suivi de grossesse et le recours à une préparation à la naissance s'est largement diffusé. L'état de santé de l'enfant à la naissance, mesuré par le score d'Apgar, est satisfaisant, tandis que l'augmentation du nombre de naissances prématurées (avant 37 semaines) se poursuit et concerne aujourd'hui 7,4 % des naissances vivantes.

De nombreuses recommandations de santé publique paraissent donc bien suivies. Toutefois, la consommation de tabac persiste, 17,1 % des femmes fument au cours du troisième mois de leur grossesse, et 19,7 % des femmes déclarent avoir consommé de l'alcool au moins une fois durant leur grossesse. Les mères sont aussi plus âgées et plus souvent en surpoids (9,9 % des patientes). 3 % des femmes enceintes déclarent avoir fumé du cannabis au cours des douze derniers mois (INPES - baromètre santé mars 2013). La PMI oriente ces patientes vers des centres d'addictologie et leur fréquentation atteste de l'existence de ces dépendances. Les conditions de travail difficiles comme le travail posté, le travail de nuit, les temps de transport et les situations pénibles (par exemple la position debout) sont autant de facteurs de risque pour les femmes. L'ensemble de ces situations défavorables connaît une forte progression.

Ces facteurs d'évolution peuvent avoir des conséquences en termes d'influence sur la santé de l'enfant et de la mère (infertilité, risque de prématurité, diabète gestationnel, hypertension), d'où la nécessité de renforcer la prévention précoce.

L'Étude longitudinale française depuis l'enfance (ELFE), lancée en 2005, suit près de 18 000 enfants nés en 2011 selon une approche pluridisciplinaire afin d'approfondir les déterminants du développement de l'enfant et les causes de nombreuses pathologies.

Cette étude, dont les premiers résultats ont été rendus publics, montre l'importance des conditions périnatales et environnementales pour le bien-être de l'enfant, ce qui plaide en faveur d'une politique active de prévention pour limiter l'influence des facteurs socio-économiques.

Dans cette perspective, l'approche globale de la protection maternelle et infantile est un atout pour prendre en compte les déterminants multifactoriels de la santé de l'enfant.

Les comparaisons européennes et régionales montrent que les inégalités persistent et que des améliorations sont encore possibles

Sur le plan international, la France occupe une place moyenne et stable au regard des principaux indicateurs, à un niveau proche de ceux de l'Allemagne, de l'Italie et de l'Espagne, mais ne parvient pas à atteindre l'excellence de certains pays européens, en particulier de la Suède et de la Finlande, dont les taux de mortalité infantile sont deux fois plus faibles que les nôtres. Ces comparaisons sont toutefois à considérer avec précaution car les pratiques en matière d'enregistrement des naissances peuvent différer selon les pays. (cf. glossaire).

L'enquête Euro-Péristat, comparant les résultats de 27 pays de l'Union européenne, fait apparaître un suivi de grossesse satisfaisant en France, avec un taux de prématurité au 10^{ème} rang des pays européens. Le taux de mortalité néo-natale (le mois suivant la naissance) de 2,1 pour 1 000, place la France à un niveau moyen, au 14^{ème} rang. Le nombre de naissances gémellaires augmente (7 pour 1 000) (cf. glossaire). Le taux de mortalité maternelle reste relativement élevé en France alors que la moitié de ces décès serait évitable. L'âge maternel moyen tend à s'élever (30,1 ans en 2012, et 19 % des femmes accouchent après 35 ans), comme dans la plupart des pays européens.

Les comparaisons entre régions montrent des disparités sociales et territoriales relativement importantes. Les femmes vivant dans des zones où les indicateurs socio-économiques sont défavorables, nées à l'étranger, ayant un faible niveau d'études ou n'ayant pas de couverture de santé complémentaire présentent des risques plus élevés que la moyenne. Si certaines pathologies liées au mal-logement, comme le saturnisme, reculent, d'autres comme la tuberculose, les pathologies respiratoires et les épidémies de rougeole sont toujours présentes. La précarité sociale est aussi un facteur de risque de retard dans la déclaration de grossesse ; une étude de l'Université de Franche-Comté montre que le taux de déclaration tardive tend à augmenter (7,8 % des femmes déclarent leur grossesse avec retard en 2010, contre 4,9 % en 2003). La prise en charge de la grossesse ne peut donc se limiter aux seuls aspects médicaux, la vulnérabilité sociale de la famille et ses conditions de vie sont aussi à prendre en compte.

La situation des départements et collectivités d'outre-mer est spécifique à certains égards. Le taux de mortalité infantile, la prématurité, et le nombre d'enfants de petit poids, est plus élevé qu'en métropole. Par exemple, en 2012, le taux de mortalité infantile, était de 3,5 pour 1 000 naissances en métropole, de 11,8 en Guyane, de 6,8 à la Réunion, de 7,2 en Martinique, de 7,1 en Guadeloupe, et de 13,5 à Mayotte. Les femmes sont plus jeunes au moment de l'accouchement et les grossesses précoces sont plus nombreuses (9 % des femmes qui accouchent ont moins de 20 ans).

Alors que l'offre de soins connaît une forte évolution, en raison :

De la nécessaire prise en compte de nouveaux risques pour la mère et l'enfant

De nombreuses études montrent que, sur le long terme, l'état général de santé de la population résulte de multiples facteurs, dont les conditions sociales, économiques et environnementales, excédant largement le seul domaine sanitaire. C'est la raison pour laquelle la prévention et l'éducation à la santé figurent parmi les priorités de la stratégie nationale de santé.

La réduction de la durée de séjour à la maternité crée des besoins nouveaux d'accompagnement à la sortie d'hospitalisation. Elle est passée de 7 à 9 jours au début des années 80 à 4,4 jours en 2010.

Le Programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) propose à celles qui le souhaitent, si leur état de santé est compatible, d'être suivies à domicile par une sage-femme libérale. Il permet un accompagnement aux sorties de la maternité qui sont de plus en plus précoces (72 heures à 96 heures après l'accouchement). Les sages-femmes de PMI peuvent être désignées comme professionnelles « référent de suivi » par les parents et les infirmier(e)s puéricultrices de la PMI être associé(e)s à cet accompagnement.

La naissance est une période de grande vulnérabilité pour la famille, où le besoin de soutien peut se manifester et où les messages de prévention sont bien acceptés. L'accompagnement des parents peut alors être très utile pour transmettre les « bons gestes » et favoriser un développement autonome, sans être normatif. La prévention et l'accompagnement permettent également de lutter efficacement contre les risques en matière de santé périnatale (risques médicaux, alimentaires, accidents...). Il apparaît donc nécessaire d'informer le plus largement possible les parents sur les structures existantes où ils pourront trouver soutiens et conseils : centres et équipes de PMI, sages-femmes libérales, réseaux de périnatalité.

De la réorganisation de la prise en charge par le réseau de soins

Le système de santé français a fortement évolué en quelques années, tant en termes de recomposition institutionnelle, qu'en termes de pratiques. L'hôpital et la maternité ont connu un recentrage sur les actes médicaux les plus techniques, déléguant largement le suivi pré et postnatal à d'autres acteurs médicaux (médecins de ville, sages-femmes, puéricultrices, centres de PMI...).

Or, la démographie médicale des gynécologues, des pédiatres et, dans certains départements des médecins généralistes, et leur répartition sur le territoire sont préoccupantes. Plusieurs causes peuvent expliquer cette situation dont le *numerus clausus*.

En revanche, la répartition sur le territoire et la démographie des sages-femmes sont plus favorables (123 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans) et devrait continuer à croître jusqu'en 2030.

- dans un contexte de mutation du paysage institutionnel

Le rôle des patients, en tant qu'acteurs de leur parcours de soins, a été redéfini, leurs droits à l'information et au libre choix de leur établissement de santé ont été reconnus. La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a marqué une avancée majeure en matière de droits individuels et collectifs des patients.

La Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) composée de représentants des usagers et de professionnels de la naissance, est chargée d'apporter une expertise à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques publiques en matière de périnatalité.

Au niveau régional, les agences régionales de santé (ARS) ont été dotées d'un rôle prépondérant dans le nouveau dispositif de santé. Elles sont chargées d'adapter les priorités nationales aux réalités de terrain et aux besoins spécifiques de chaque population. Elles interviennent dans le domaine de la santé périnatale en tant que régulatrices de l'offre de soins et animatrices des réseaux de santé périnatale.

Les Commissions régionales de la naissance (CRN) ont été instituées dans chaque région et placées auprès des ARS afin de contribuer à la définition et à la mise en œuvre de la politique périnatale par les différents acteurs locaux. Leurs missions sont de favoriser le développement de réseaux associant les professionnels et les institutions œuvrant dans le domaine de la périnatalité, de proposer des adaptations nécessaires au niveau régional de la politique définie au niveau national, et d'impulser des actions de formation des professionnels médicaux et paramédicaux.

Ces deux commissions auraient besoin d'être dynamisées.

- dans un contexte d'évolution des attentes des familles au regard du système de soins

L'enquête périnatalité réalisée par l'Union nationale des associations familiales (UNAF) en 2010 auprès de femmes afin de recueillir leur avis sur les conditions de leur accouchement a montré que celles-ci déclarent être globalement « satisfaites », voire « très satisfaites » de leur prise en charge durant leur séjour à la maternité.

Il n'en demeure pas moins que certaines critiques ou demandes sont apparues à travers divers témoignages. La qualité du dialogue entre la mère et l'équipe de professionnels est souvent considérée comme primordiale et demeure un axe d'amélioration de la prise en charge. Les femmes souhaitent être davantage écoutées et être « actrices » de leur accouchement. L'entretien préalable précoce, en pratique au premier trimestre de la grossesse, est plébiscité par celles qui ont pu en bénéficier. Un certain nombre de témoignages fait état d'une médicalisation parfois trop importante des accouchements ne présentant pas de difficultés particulières. L'allaitement suscite aussi beaucoup de questions et d'attentes d'accompagnement. La sortie de la maternité est vécue comme une période difficile pour certaines femmes qui se retrouvent seules, sans beaucoup d'informations, et ne sachant pas vers qui se tourner pour trouver de l'aide.

... dans un environnement économique et social particulièrement difficile

La crise économique que connaît notre pays conduit à un accroissement des inégalités de niveau de vie et de pauvreté monétaire. En 2011, le taux de pauvreté monétaire a une nouvelle fois augmenté (+ 0,3 point) pour s'établir à 14,3 % de la population totale. 8,7 millions de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté. Ce taux s'établit à 19,5 % pour les enfants de moins de 18 ans, soit 2,6 millions d'enfants.

Les difficultés financières des personnes et des familles ne sont pas sans conséquences sur leur accès aux soins, la mauvaise répartition de l'offre est également évoquée. En 2012, selon l'enquête biennale sur la santé et la protection sociale menée par l'Institut de recherche et documentation en économie de santé, près de 26 % des personnes interrogées ont déclaré avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières.

Toutefois, les raisons financières ne sont pas les seules à être évoquées comme obstacle à l'accès aux soins. Selon la même enquête, 17 % des assurés sociaux déclarent avoir renoncé à au moins un soin au cours des douze derniers mois en raison d'un délai d'attente trop long pour un rendez-vous avec un professionnel de santé, et 3 % parce que le cabinet médical est trop éloigné.

Enfin, au nombre des éléments de contexte, il faut citer la situation dégradée de nos finances publiques et de nos comptes sociaux qui vaut à notre pays d'être placé sous la procédure européenne de surveillance renforcée et de voir ainsi ses marges de manœuvre budgétaires limitées.

Dans ce contexte évolutif, le positionnement original de la PMI est donc plus que jamais interrogé. A la fois point d'entrée dans les réseaux de santé et médico-sociaux, ses rôles de prévention et d'accompagnement de proximité sont des atouts. Pourtant, l'institution est aussi confrontée à des difficultés : comment atteindre de hautes performances en matière de santé périnatale ? Comment lutter efficacement contre les inégalités socio-économiques et territoriales ? Comment se positionner dans une répartition des rôles qui pourrait être amenée à évoluer entre l'État, l'Assurance maladie et les départements ? Comment faire évoluer l'image de la PMI qui pour certains est ressentie comme négative ou stigmatisante ? Les nouvelles attentes des usagers et l'évolution du paysage institutionnel rendent nécessaire un pilotage institutionnel effectif et mieux identifié.

La PMI, une structure originale, précurseuse d'une approche globale des besoins de la population

Les atouts de la PMI

Une intervention pluridisciplinaire et multisectorielle (sanitaire, médico-sociale, sociale)...

La protection maternelle et infantile est un service départemental. Créée par ordonnance en 1945, le décret du 19 juillet 1962 en a fait une structure déconcentrée relevant des directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS), puis les lois de décentralisation du 2 mars 1982 et du 6 janvier 1986 ont transféré cette compétence aux conseils généraux. A ce jour, elle est la seule compétence du champ sanitaire qui fasse l'objet d'une décentralisation. Les services de la PMI suivent environ 18 % des femmes enceintes et 20 % des enfants de 0 à 6 ans (IGAS - 2006). De plus, ils interviennent chaque année, dans la procédure d'agrément des nouveaux assistant(e)s maternel(le)s (36 000 par an) et d'autorisation des établissements d'accueil des enfants (EAJE) âgés de moins de 6 ans.

Elle réunit des professionnels de santé (médecins, sages-femmes, infirmier(ère)s, infirmières puéricultrices, psychologues, psychomotriciens), des personnels médico-sociaux (auxiliaires de puériculture, éducateurs (trices) de jeunes enfants), des professionnels à vocation sociale et d'accompagnement (conseiller(e)s conjugaux (ales)). Cette présence, au sein d'un même service, fait de la PMI un acteur qui atténue les frontières traditionnelles de l'action publique entre le sanitaire, le médico-social et le social. Ces différents registres de professions permettent à la PMI de mettre en place un parcours de prise en charge et une approche globale des personnes qui prenne véritablement en compte les déterminants de santé (conditions de vie, environnement socio-éducatif, des parents et de leurs jeunes enfants...). Elle est à l'interface des acteurs de la petite enfance, comme les inter-secteurs psychiatriques et les centres d'action médico-sociale précoce.

La PMI a également une mission de planification familiale visant à développer l'éducation affective et sexuelle, la maîtrise de la fécondité, la prévention des infections sexuellement transmissibles dont le VIH, et la prévention des violences au sein du couple et de la famille.

... qui met en œuvre des actions de prévention, d'éducation et d'accompagnement.

L'article L 2112-2 du code de la santé publique indique que le service de PMI organise notamment des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de six ans, des activités de planification et d'éducation familiales.

Pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans « *requérant une attention particulière* », les actions médico-sociales préventives peuvent être organisées à domicile.

Ces différentes actions trouvent une résonance dans la stratégie nationale de santé, présentée en septembre 2013, dont l'un des trois grands axes est de prioriser la prévention sur le curatif et d'agir sur les déterminants de santé. La PMI est d'ores et déjà largement positionnée sur cet axe.

... au plus près des territoires et des personnes...

Deux des atouts majeurs de la PMI résident dans sa proximité géographique et sa capacité à s'adapter aux besoins de la population. En effet, les raisons principales du recours à la PMI varient selon les familles et les services de PMI cherchent à fournir à chacun une solution suivant sa demande (suivi médical au long cours centré sur les pesées, consultations médicales, et vaccinations mais aussi « lieu ressource » d'accès à l'information et à des conseils (soins, nutrition...) (étude publiée par M. Pierre Moisset en 2012).

La Drees a recensé les implantations sur le territoire national en 2011 (un même point de consultation peut avoir des activités de santé maternelle, infantile et de planification et donc être compté plusieurs fois au titre de différentes missions). Ces données demeurent parcellaires car tous les départements n'ont pas renseignés l'enquête :

- 1 145 points de consultations fixes utilisés pour les consultations prénatales et postnatales de la future mère ;
- 4 317 points de consultations fixes utilisés pour les consultations infantiles ;
- 1 196 points de consultations fixes utilisés pour la planification et l'éducation familiale ;
- 219 points de consultation itinérants.

En 2004, les PMI ont organisé 530 000 consultations annuelles et 420 000 personnes ont été vues en consultation (Drees). Elles organisent également des visites à domicile de sages-femmes et de puéricultrices.

Les zones de fragilité

Une insuffisance de pilotage

Le mode de financement de la PMI est complexe. Selon un choix politique constant, la prise en charge financière des missions sanitaires, puis médico-sociales et sociales, a été répartie entre l'État, les organismes de Sécurité sociale et les départements en fonction de la nature des interventions. Les actes médicaux sont financés en partie par l'État pour les actions relevant de sa mission générale de santé publique, et en partie par les organismes de Sécurité sociale pour la maternité et la famille, sans participation financière directe des bénéficiaires. Parfois, l'État et les organismes de Sécurité sociale reversent aux départements des contributions annuelles calculées forfaitairement ou à l'activité (certaines consultations et examens, vaccinations, séances de rééducation...). Ainsi, les priorités définies au plan national en 2011 par l'assurance maladie correspondent aux thèmes et objectifs stratégiques suivants : vaccinations (couverture ROR), suivi de grossesse (particulièrement pour les femmes en situation de vulnérabilité), nutrition (repérage du surpoids et éducation nutritionnelle).

En ce qui concerne la mission médico-sociale, les lois de décentralisation ont prévu que le département serait à la fois prestataire, coordonnateur et financeur. La PMI relève ainsi de l'action sociale obligatoire des conseils généraux, et à ce titre elle est non contributive. L'État n'intervient qu'en tant que financeur indirect à travers la dotation générale de décentralisation qui n'est toutefois pas fléchée. L'action sanitaire et sociale des caisses de Sécurité sociale peut également prendre la forme d'une aide à la création et au fonctionnement des centres de PMI.

D'après une étude sur la protection maternelle et infantile en France de l'IGAS (novembre 2006), la dépense nationale de PMI peut être évaluée à 700 millions d'€ par an environ (soit une estimation de 13 € par habitant), recouvrant essentiellement des dépenses de personnel. Elle représente 1,8 % des budgets départementaux, et peut être comparée à la dépense de l'État en faveur de la médecine scolaire, 460 millions d'€ (programme vie de l'élève au projet de loi de finances 2014). Près de 11 000 agents travaillaient en 2009 dans les PMI, dont 4 000 puéricultrices, 2 300 médecins et 950 sages-femmes (Cour des comptes - 2012).

Si cette répartition et le cofinancement s'expliquent historiquement par le transfert de compétences, ceux-ci ne semblent plus lisibles ni efficaces aujourd'hui, et il n'est pas possible d'établir une vue globale du coût de cette politique publique et une traçabilité complète des financements. De plus, les PMI sont confrontées à des difficultés de recrutement et le nombre de vacances de postes s'accroît. La multiplicité des financeurs et l'absence de stratégie nationale claire en termes de priorisation des actions ne permettent pas non plus de documenter précisément les besoins.

Le schéma de la gouvernance souffre de cette même complexité. Pour ce qui relève de ses missions sanitaires, qui sont une compétence partagée avec l'État et les organismes de Sécurité sociale, les départements exercent leurs compétences obligatoires en relation avec les autres acteurs de santé. A ce titre, l'État encadre les activités des PMI, soit par la loi, soit par le décret. Leurs activités ainsi que les moyens minima obligatoires sont précisés et opposables aux conseils généraux. Les services de PMI s'inscrivent dans les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) définis par les Agences régionales de santé (ARS) pour coordonner les actions sanitaires et gérer l'offre de soins. Les ARS sont également chargées de l'évaluation des pratiques professionnelles et du suivi des indicateurs de santé périnatale. Au titre de ces missions, chaque ARS dispose d'un correspondant régional référent sur les questions de périnatalité. Toutefois, les ARS n'ont, le plus souvent, pas de moyens financiers propres dédiés à la politique de santé périnatale et ont de grandes difficultés à inclure l'activité des PMI dans une stratégie de niveau régional.

Pour ce qui est des compétences médico-sociales, les services de la PMI relèvent de la compétence exclusive des départements, au même titre que les services de l'aide sociale à l'enfance ou que les missions d'observatoire départemental de l'enfance en danger. Les conseils généraux se chargent d'établir leurs priorités en fonction des besoins de la population et des contraintes du territoire départemental. Plusieurs d'entre eux se sont dotés de schémas départementaux.

Pour le CESE, l'action sanitaire des PMI devrait s'inscrire dans une stratégie nationale définie afin de fixer les grandes orientations et les objectifs attendus. L'un des axes du projet de loi relatif à la santé est d'ailleurs de poser le principe de la responsabilité de l'État dans la conduite de la politique de santé.

L'accroissement des missions de la PMI confrontée aux interventions d'autres acteurs

Créés à l'origine pour lutter contre la mortalité maternelle et infantile et améliorer l'état de santé des nouveau-nés, les PMI ont connu depuis 1970, un élargissement de leurs compétences dans le domaine de la protection de la famille et de l'enfance. Elles sont désormais chargées (article L 1423-1 du Code de la santé publique) : des consultations prénatales et postnatales (trois certificats de santé obligatoires, du 8^{ème} jour, 9^{ème} mois et

24^{ème} mois de vie ont été instaurées par la loi du 15 juillet 1970 puis le décret du 2 mars 1973), du recueil et du traitement d'informations en épidémiologie et en santé publique, des activités d'éducation et de planification familiale, des consultations et des actions de prévention médico-sociale, notamment pour les femmes et les enfants requérant une attention particulière, la prévention des mauvais traitements et la prise en charge des mineurs maltraités, l'agrément, le suivi et la formation des assistantes maternelles et le contrôle des établissements d'accueil de la petite enfance. Ces compétences très larges forment le « socle » de l'intervention des services de PMI.

Plus récemment, la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, renforce le volet « prévention » de cette politique. La responsabilité en est confiée au Président du Conseil général même si pour la PMI, le service continue à être dirigé par un médecin (art. L 2112-1 et 2 du Code de la santé publique). Enfin, la loi renforce, en leur donnant une base légale, les actions de prévention primaire qui s'adressent à toute la population suivie par la PMI et qui prennent la forme suivante :

- la mise en place d'un entretien systématique au premier trimestre de grossesse, pour repérer d'éventuelles difficultés pouvant perturber l'établissement du lien entre parents et enfant ; la grossesse est aussi un moment décisif pour la détection des violences conjugales. Des violences sont constatées dans 3 % à 8 % des grossesses, ce taux étant 3 à 4 fois supérieur pour des grossesses non désirées ;
- l'instauration d'un bilan de santé pour tous les enfants de trois à quatre ans qui doit se dérouler dans le cadre de l'école maternelle. S'y ajoutent des actions de prévention et de dépistage pour les enfants de moins de 6 ans ;
- l'organisation par les services de PMI d'actions de suivi à domicile ou en consultation pour les parents en période postnatale.

De fortes disparités inter et infra-départementales

Les départements se chargent d'organiser l'implantation des services selon un maillage infra-départemental en adéquation avec les besoins des populations.

Toutefois, des disparités territoriales ont été relevées par l'IGAS concernant les consultations prénatales et infantiles. L'IGAS précise que ces disparités ne correspondent ni à des indicateurs de précarité de la population, ni à la densité médicale, ni à des territoires ruraux mais « à la plus ou moins grande intensité de l'implication des élus départementaux dans ces politiques ». Les départements urbains apparaissent tendanciellement un peu mieux dotés que les départements ruraux (par exemple, concernant le nombre de médecins de PMI pour 100 000 naissances, le Finistère dispose de 66 équivalents temps pleins, contre 980 pour la Seine Saint-Denis). A l'inverse, plusieurs départements témoignent de leur attachement à ce que les services de PMI soient accessibles aux populations rurales, en faisant preuve à la fois de volontarisme et de créativité dans les modalités d'organisation de ces services (nombreux exemples de bus de la PMI dans les départements ruraux ou de montagne).

Ce constat a été confirmé par la Cour des comptes (rapport annuel de 2012). Elle déplorait l'absence de données fiables sur les différents facteurs explicatifs, faute notamment de système d'information homogène entre départements.

Comment permettre à la PMI de mieux remplir ses missions ? Les préconisations du CESE

La PMI propose une approche médico-sociale originale associant le médical (prévention et suivi) et le social. Elle peut jouer un rôle d'orientation et d'accompagnement : en matière sanitaire (prématurité, troubles ou handicap) mais plus largement au regard des déterminants de santé (insalubrité du logement...). Sa proximité avec les services sociaux du département est un atout important. La stratégie nationale de santé affirme d'ailleurs cette nécessité d'agir, dès le plus jeune âge, sur ces déterminants de santé.

Pluridisciplinarité, partage des tâches entre professionnels, organisation en réseau, proximité territoriale, prise en charge d'un véritable parcours de santé ; la PMI réunit de nombreuses caractéristiques du « service territorial de santé de demain ».

Pour autant cette structure, dédiée à la prévention, novatrice dans le paysage institutionnel, est aujourd'hui menacée, en raison :

- de l'ambiguïté de son positionnement. La PMI est un service public, toutefois elle est de plus en plus perçue comme une structure destinée aux populations les plus vulnérables ;
- de l'évolution prévisible de son rattachement institutionnel. La PMI est un service départemental. A moyen terme, son rattachement devrait évoluer avec la réforme territoriale, le pilotage et la gouvernance sont peu lisibles. Qu'en sera-t-il demain avec un possible rattachement à des collectivités différentes : intercommunalité, métropole, voire départements ruraux ? En outre, on peut également avoir des craintes sur la question du financement des PMI dans un contexte budgétaire contraint ».

Pour le CESE, la PMI a un rôle essentiel à jouer dans le suivi de la mère, de l'enfant et dans l'accompagnement des familles. Il importe dès lors de déterminer clairement « une feuille de route » afin d'assurer la pérennité de la PMI et de ses missions.

Accessibilité, gratuité, proximité : réaffirmer le caractère de service public de la PMI

L'évolution tendancielle d'un élargissement de ses compétences doit inciter à une clarification sans remettre en cause l'approche globale de la PMI pour répondre aux besoins de toute la population.

Toute personne qui le souhaite peut bénéficier d'un accueil confidentiel voire anonyme pour des conseils, une orientation, un accompagnement...

Il s'agit de bien positionner la PMI comme un service public de santé territorialisé au bénéfice de l'ensemble des familles et de clarifier ses missions auprès des bénéficiaires et des partenaires.

Par son organisation pluridisciplinaire, la PMI permet aux familles de bénéficier d'une orientation par une infirmière et/ou une puéricultrice, et, s'il y a lieu, d'une prise en charge par une sage-femme, un médecin ou un psychologue. La PMI travaille en réseau. Elle assure

la proximité par la construction d'une offre au plus près des populations (antennes mobiles, consultations ponctuelles, visites à domicile...).

Mais la PMI est aussi un centre de premier recours qui joue un rôle primordial en matière de prévention : par exemple, en matière d'entretien du 4ème mois de grossesse et de repérage précoce de difficultés dans le bon déroulement de la grossesse (physiologique, psychologique ou matérielle). Cet entretien doit également permettre, ainsi que le recommande la Haute Autorité de Santé à tous les professionnels de santé « un repérage systématique des facteurs de vulnérabilité, notamment de convaincre, avec tact, les femmes de ne pas taire les violences conjugales ». L'axe 1 du 4ème Plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016) fait expressément référence à cette recommandation qui doit prochainement s'insérer dans un protocole national sur la prévention des violences faites aux femmes. Le rôle de la PMI en matière de suivi du développement du jeune enfant et de repérage de troubles éventuels, doit également être mieux connu. La PMI peut accompagner les familles dans la recherche d'un diagnostic et travailler avec elles, les partenaires institutionnels et associatifs, à l'organisation d'un parcours de santé répondant aux besoins de santé et d'autonomie de l'enfant. Ce parcours doit être construit en s'appuyant le plus possible sur les dispositifs communs renforcés par des services spécialisés.

Préconisation 1

Clarifier et intégrer les missions de la PMI notamment de prévention dans le projet de loi relatif à la santé.

L'objectif est de repositionner la PMI comme un outil de mise en œuvre d'une stratégie nationale de santé qui donne la priorité à la prévention, à la proximité et à la réduction des inégalités. Dans le projet de loi relatif à la santé, la prévention et la promotion de la santé sont des socles de la politique de santé. Il s'agit de s'attaquer aux inégalités de santé et d'installer la notion de parcours de santé dans le cadre d'une prise en charge de proximité et de continuité. Or, à ce stade, ce projet de loi n'évoque pas la PMI comme l'un des acteurs de la prévention dès le plus jeune âge.

Dans cette perspective, la PMI doit se voir clairement assigner des objectifs de santé publique et être pleinement intégrée au service territorial de santé au public ; comme l'a déjà précisé la Conférence nationale de santé dans son avis sur le projet de loi de santé. Le respect de ces objectifs suppose la déclinaison de priorités locales et l'affectation de moyens humains et budgétaires y afférents.

Préconisation 2

Réaffirmer le rôle de la PMI dans sa diversité.

La PMI intervient comme :

- centre de premier recours dans le suivi des enfants et la transmission des conseils grâce à une approche individuelle mais aussi collective à travers la participation à des ateliers. L'information des familles par les différents partenaires (établissements et professionnels de santé mais aussi les organismes débiteurs de prestations familiales...) est essentielle afin d'offrir un lieu ressource à tous et de garantir ainsi l'universalité de l'action de la PMI.

- acteur de la prise en charge périnatale. C'est un enjeu essentiel car la gestion du *post partum* demeure notamment l'une des faiblesses du système français.
- acteur de prévention. L'inscription dans la stratégie nationale de santé doit permettre à la PMI de jouer pleinement son rôle en matière d'expérimentation, de diffusion et d'évaluation des bonnes pratiques.

Pour le CESE, deux pistes apparaissent particulièrement intéressantes :

- mener une action spécifique pour développer et inscrire dans le parcours de prise en charge l'entretien du 1^{er} trimestre de grossesse car seulement 20 % des femmes en bénéficient ;
- développer les consultations sans rendez-vous afin de faciliter notamment le rôle de prévention de la PMI et les actions de santé publique comme la vaccination. En effet, si la couverture vaccinale est globalement en progression, certaines maladies comme la rougeole réapparaissent.
- acteur déterminant de collecte de données en santé

La PMI collecte les données à travers les certificats de santé obligatoires (8^{ème} jour, 9^{ème} et 24^{ème} mois) et les bilans d'activité.

Le projet de loi relatif à la santé prévoit de charger une commission de faire des propositions visant à créer un système national des données médico-administratives. Ce système permettra la collecte automatisée des données.

Pour le CESE, dans cette attente, il convient de mieux exploiter les données du certificat du 8^{ème} jour, qui font l'objet d'un suivi par la Drees. Cette Direction analyse 88 % de remontées du CS8, 40 % du certificat du 9^{ème} mois et 31 % du certificat du 24^{ème} mois. Or, pour le CS8, les 12 % de non-réponses se concentrent sur les pathologies les plus lourdes. Il convient donc d'affiner les données disponibles afin de nourrir de véritables études épidémiologiques longitudinales sur les deux premières années qui aujourd'hui font cruellement défaut.

Valoriser les savoir-faire de la PMI en développant les coopérations

La valorisation de l'expertise de la PMI passe par le développement des partenariats, et tout particulièrement avec l'assurance maladie.

Pour autant, les savoir-faire de la PMI restent insuffisamment connus et peu recensés, limitant ainsi les transferts d'expériences. Une meilleure connaissance de ses activités, de son organisation et de ses collaborations, apparaît indispensable.

Le succès de la PMI repose sur une prise en charge généraliste et ne doit en aucun cas se limiter au traitement d'informations préoccupantes. Par son approche médicale et médico-sociale, la PMI peut devenir un acteur pivot du repérage des vulnérabilités et d'une prise en charge précoce.

Préconisation 3

Placer la PMI au centre de la coordination des parcours des parents et des jeunes enfants sur un territoire.

Pour le CESE, deux actions peuvent contribuer à cet objectif :

- la reconnaissance de son rôle dans le repérage des situations de fragilité et de vulnérabilité. Dotée d'équipes pluridisciplinaires, la PMI peut contribuer au dépistage précoce, essentiel pour la mise en place rapide d'une prise en charge adaptée. Ce rôle pivot au sein d'un réseau de soins doit être mieux connu par les professionnels, les associations et les familles et des passerelles organisées. Par exemple, en facilitant l'accès à la PMI en resserrant les liens avec les permanences d'accès aux soins (PASS), et en impliquant les associations dans la promotion de leur action. Le CESE a déjà mis en exergue l'importance de cet accompagnement des familles pour une prise en charge précoce et efficace.
- la coordination des acteurs et l'aide à la famille (aider à la mise en place d'un accompagnement médico affectif autour de la famille). La PMI par sa connaissance du territoire, sa proximité peut se positionner comme un acteur de coordination et contribuer à la mise en place de dispositifs adaptés à la situation des familles. Cela suppose de renforcer la collaboration avec d'autres dispositifs : médecine scolaire, médecin généraliste, pédiatre... afin que les autres acteurs connaissent mieux la PMI et aient plus facilement recours à elle.

Préconisation 4

Poursuivre et évaluer les partenariats avec l'assurance maladie.

L'objectif de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) est de renforcer son partenariat avec la PMI :

- au regard des activités proprement dites. L'assurance maladie prend en charge les actes relatifs à la planification familiale (contraception, dépistages MST, IVG médicamenteuse...), au suivi de la grossesse et aux examens de santé du jeune enfant. Dans le domaine de la promotion de la santé, outre des actions en matière de vaccination, par exemple, l'assurance maladie met en place des « ateliers maternité », séances collectives d'information pour les futurs parents animés par des professionnels de la CPAM, de la MSA, de la PMI, voire de la CAF. La récente convention d'objectifs et de gestion (COG), liant l'État et la CNAMTS sur la période 2014-2017, prévoit d'ailleurs la signature d'avenants aux conventions financières conclues entre les conseils généraux et les CPAM afin de développer dans chaque PMI au moins une action de prévention de la santé (entretien prénatal précoce, lutte contre le tabagisme, prévention du surpoids de la mère et de l'enfant).
- au regard du suivi de l'activité. Les tarifs obligatoires, les modalités de facturation et les périmètres sont définis réglementairement. Afin de mieux suivre l'activité des PMI, la CNAMTS a mis en place, en 2011, un partenariat avec les conseils généraux via une convention type. Les caisses locales sont chargées de sa mise en œuvre et un interlocuteur des conseils généraux a été désigné dans chacune d'entre-elles. Le relevé d'activité des PMI est effectué à partir d'une télétransmission. La mise en place de ce nouveau dispositif a nécessité un accompagnement technique important. Fin 2013, 70 % des organismes ont mis en œuvre le dispositif de remontée.

Pour le CESE, ce suivi est essentiel à une bonne connaissance de l'activité et donc du pilotage. Cette dimension doit donc être gardée en mémoire dans le cadre d'une réforme du rattachement institutionnel de la PMI.

Mieux apprécier la contribution des PMI aux politiques publiques.

Pour le CESE, il convient, afin d'actualiser son étude de 2006, de confier à l'IGAS une nouvelle mission sur la PMI pour apprécier son activité sanitaire et sociale.

Ce travail pourrait être complété par une enquête qualitative sur les activités des PMI confiée à la Drees. Dans ce domaine, la mise en place d'un système national des données médico-administratives ne permettrait que des avancées à la marge car il devrait porter exclusivement sur les données de santé. Les remontées d'information des conseils généraux sur le travail social des PMI restent très lacunaires. Certains départements le font mais tous ne disposent pas de cellules statistiques. Faute de codage *ad hoc*, ce travail social ne peut être mesuré par la Drees. C'est d'autant plus nécessaire que la réforme des collectivités territoriales pourrait compromettre la continuité de ce travail statistique, lorsqu'il existe.

Aussi, le CESE préconise de confier à la Drees un programme de travail sur les conditions dans lesquelles les services de la PMI mènent leur activité, les méthodes de gestion des conseils généraux, les activités médico-sociales et le partage de l'activité entre services obligatoires et facultatifs. Ce travail est très important car la question de l'articulation du renforcement du rôle « social » de la PMI avec les autres services du conseil général, notamment en matière d'ouverture de droits sociaux, est posée. Le travail de la Drees permettrait d'alimenter une évaluation sur l'efficacité de l'offre médico-sociale de la petite enfance qui reste à ce jour peu documentée.

Ce programme de travail sera précédé par des enquêtes qualitatives afin d'élaborer une nomenclature commune propre au recueil des données.

Inscrire des priorités nationales et les assortir des moyens nécessaires

Rénover la gouvernance et renforcer le pilotage

La PMI exerce des missions partagées entre l'État, les départements et l'assurance maladie. Pour que des complémentarités et des collaborations puissent s'exercer entre ces trois acteurs, encore faut-il disposer d'un plan d'ensemble. Le dernier plan périnatalité 2005-2007 avait, pour son domaine, cette vocation.

Sans démarche de programmation incluant définition d'objectifs, modalités de pilotage et procédures d'évaluation, il est difficile de donner de la cohérence et de l'efficacité aux actions des divers acteurs intervenant dans le domaine de la santé de la famille, de la mère et de l'enfant. Qui est responsable de quoi et pour qui, est une question qui doit aujourd'hui être posée compte tenu du niveau de sophistication atteint par la prise en charge de la périnatalité. La multiplicité des acteurs, le recoupement des compétences débouchent sur un besoin croissant de coordination. Le système est devenu complexe, difficile à piloter et peu lisible pour l'utilisateur.

Il est désormais impératif de disposer d'objectifs nationaux clairs qui soient relayés au niveau local dans un schéma où les missions de chacun soient précisément définies.

Pour le CESE, le pilotage des PMI doit être considérablement renforcé :

❑ *au niveau national :*

Préconisation 6

Établir une programmation pluriannuelle pour une politique « Santé parents et enfants ».

La future loi de santé peut être l'occasion de donner une base juridique à cette programmation et à la définition d'objectifs nationaux en matière de santé. Le volet prévention devra être particulièrement développé comme le préconise la stratégie nationale de santé. Cette loi devra également définir les fondements d'un partenariat fort entre les conseils généraux, la PMI et l'assurance maladie. Les objectifs ainsi définis devront être assortis d'indicateurs de suivi, articulés avec le plan périnatalité, et être régulièrement réalisés.

Préconisation 7

Faire évoluer le pilotage national de la politique « Santé parents et enfants ».

Le projet de loi relatif à la santé devrait annoncer les finalités de la politique de santé notamment en termes de promotion de conditions de vie favorables à la santé dans tous les lieux de vie que sont le logement, l'école, le travail ou les transports. Le CESE avait déjà souligné l'importance d'impulser une démarche interministérielle afin de mettre en œuvre une véritable stratégie de prévention.

Le comité interministériel de coordination des politiques gouvernementales en faveur de la santé, inscrit dans l'avant-projet de loi relatif à la santé, répond à cet objectif. Pour le CESE, il pourrait se voir confier le pilotage d'une politique de santé « parents enfants » transversale.

Ce comité pourrait s'appuyer sur l'expertise de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Le rôle de cette commission dans la fixation et le suivi d'objectifs nationaux de santé doit être précisé.

❑ *au niveau territorial*

- Pour décliner ces objectifs au plan local, l'ARS doit être pleinement impliquée dans le pilotage régional des opérateurs locaux intervenant dans le domaine de la santé « parents enfants » : la PMI, les organismes d'assurance maladie mais également les associations.

Préconisation 8

Identifier précisément le rôle de la PMI dans le système de soins local.

L'ARS participe à la Commission régionale de naissance (CRN) et à la Commission de coordination des politiques publiques de santé dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile.

L'ARS peut donc s'appuyer sur ces deux commissions pour intégrer la PMI dans la coordination des parcours de prise en charge :

- La Commission régionale de naissance doit devenir l'instance de concertation pour la mise en œuvre des objectifs assignés par la politique nationale de santé. A cette

fin, l'ARS doit veiller à la présence effective des services de PMI à chaque réunion ; aujourd'hui, seule l'une des PMI d'un département de la région est invitée.

- La Commission de coordination des politiques publiques de santé dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile concourt par ses travaux à l'élaboration du projet régional de santé et favorise la complémentarité des actions de prévention sur le territoire. La PMI est représentée par le Conseil général. En fonction du nom même de la commission, les services de PMI doivent être mieux associés à ces travaux.
- donner des instructions aux ARS afin d'identifier chaque PMI grâce à un numéro FINESS (fichier national des établissements sanitaires et sociaux). Aujourd'hui, 2 000 PMI environ sont identifiées mais certaines disposent d'un numéro propre, d'autres relèvent d'un même numéro sur l'ensemble du département. Le pilotage suppose au préalable de disposer d'une cartographie précise des lieux d'implantation des centres de PMI.

Préconisation 9

Mieux inscrire l'action des PMI dans les réseaux locaux en les associant aux commissions départementales des services aux familles.

Ces commissions, en cours de préfiguration dans quelques départements et qui seront prochainement généralisées à l'ensemble du territoire, visent à développer l'offre d'accueil de la petite enfance et les dispositifs d'aides à la parentalité (réseaux d'écoute, d'appui, d'aide à la parentalité, médiation familiale, ...). Présidées par le préfet, elles sont composées du conseil général, d'élus locaux, des caisses d'allocations familiales, des associations, de professionnels et devra définir, à partir d'une cartographie de l'offre existante, les territoires où les besoins d'équipement et de services familiaux ne sont pas satisfaits.

L'expertise de la PMI, en complément de celle des caisses d'allocations familiales, permettra d'enrichir les travaux de la commission départementale des services aux familles.

Evaluer certaines missions de la PMI pour une meilleure efficacité

Préconisation 10

Redéfinir le rôle de la PMI afin de garantir la qualité d'accueil de la petite enfance.

Pour le CESE, sans remettre en cause les compétences de la PMI dans la procédure d'agrément des assistant(e)s maternel(le)s et des établissements accueillant des enfants de moins de 6 ans, il convient de réexaminer leur organisation afin d'éviter certaines redondances et de combler certains manques.

- **L'agrément, le contrôle, la formation et la surveillance des assistants maternels**

L'article L 2111-2 du code de la santé publique confie aux départements l'agrément, le contrôle, la formation et la surveillance des assistants maternels. Dans les faits, ce sont les services de PMI qui ont en charge ces missions.

Ces demandes d'agrément ainsi que les besoins de formation progressent fortement suite aux objectifs de création de 100 000 places d'accueil supplémentaires pour les assistantes maternelles prévues sur la période 2009-2012, objectif reconduit sur la séquence 2013-2017.

Pour le CESE, il importe désormais de définir une procédure de délivrance de ces agréments sur l'ensemble du territoire. La diversité des pratiques est un facteur de complexité pour les agents de la PMI et nuit à l'évaluation des situations. Cette procédure faciliterait l'information des candidats à l'agrément et celle des familles.

Son élaboration sera fondée sur une recherche de critères susceptibles d'être acceptés par tous les acteurs. L'IGAS pourrait contribuer à la définition d'un premier cadre de travail. De même, la Drees pourrait se voir confier une étude sur le refus d'agrément et leur motivation. L'Assemblée des départements de France (ADF) pourrait constituer un groupe de travail pour proposer un cadre sur la base de ces contributions. Des représentants des PMI devront bien entendu être associés à cette réflexion.

Pour le CESE, il importe de renforcer le rôle de supervision et de contrôle de la PMI sur la base d'engagements souscrits dans le cadre de la délivrance de l'agrément à l'assistant(e) maternel(le).

- **La procédure d'autorisation de création, d'extension et de transformation des établissements et des services gérés par des personnes accueillant des enfants de moins de six ans.**

Les services de la PMI interviennent lorsque les établissements sont gérés par des personnes physiques ou morales de droit privé. L'autorisation est délivrée par le président du conseil général, après avis du maire de la commune.

Ces équipements sont particulièrement réglementés et font l'objet d'une série de contrôles.

Selon l'article L 2324-2 du code de la santé publique, le médecin responsable du service de PMI vérifie que les conditions requises de qualification ou d'expérience professionnelle, de moralité et d'aptitude physique des personnes exerçant leur activité dans ces établissements ou services sont réunies.

Quant à la santé des enfants accueillis, les établissements et services d'une capacité supérieure à dix places doivent s'assurer le concours d'un médecin compétent en pédiatrie. Ce médecin veille à l'application des mesures préventives d'hygiène, assure des actions de promotion et d'éducation de la santé auprès du personnel et, le cas échéant, des parents participant à l'accueil, vérifie que les conditions d'accueil permettent le bon développement des enfants.

L'implication des PMI dans ce type de procédure permet, au-delà de la dimension technique, de prendre en compte l'usage du bâtiment, (activités proposées aux enfants, déplacements dans le bâtiment....). Toutefois, force est de constater que les interventions de la PMI sur les aménagements souhaités de la structure d'accueil sont souvent une source de friction avec les collectivités locales promouvant ces équipements. Par ailleurs, recevant du public, ces équipements doivent respecter certaines normes d'accessibilité et de sécurité, qui sont vérifiées sur place par la commission de sécurité.

Pour leur part, les organismes débiteurs de prestations familiales qui financent une partie de l'investissement et le fonctionnement des établissements d'accueil du jeune enfant, exerce un contrôle financier. Certaines redondances dans les contrôles ne sauraient être

exclues. L'IGAS préconisait également en 2009, afin d'accélérer leur réalisation, d'harmoniser les pratiques des services de PMI chargés d'autoriser la création des établissements accueillant de jeunes enfants. Une réflexion sur la remise à plat de la procédure d'autorisation permettrait de recentrer le suivi sur la santé et le bien-être des enfants accueillis et de mieux programmer et cibler les contrôles sur les structures ne bénéficiant pas d'un concours régulier d'un médecin. C'est notamment le cas des micro-crèches, portées en particulier par la MSA, qui connaissent un rapide développement ces dernières années.

Préconisation 11

Évaluer et réexaminer le rôle de la PMI dans la protection de l'enfance.

Le CESE préconise de :

- confier à l'IGAS une étude sur les conséquences de la loi du 5 mars 2007 sur la protection de l'enfance.
- clarifier le rôle des équipes de PMI dans leur mission d'évaluation des informations préoccupantes et de signalement.
- renforcer les liens de la PMI avec les réseaux associatifs et tous les acteurs concernés par la protection de l'enfance afin de mieux accompagner les familles.
- réaliser et diffuser des guides de bonnes pratiques à destination des professionnels.

Préconisation 12

Renforcer le rôle de la PMI pour une véritable prise en compte du suivi des enfants de moins de 6 ans.

Le CESE renouvelle sa préconisation :

- de la généralisation du bilan de santé pour tous les enfants de trois à quatre ans qui doit se dérouler dans le cadre de l'école préélémentaire. Un tel examen est déjà prévu pour cette tranche d'âge mais seuls 40 % des enfants en bénéficient, l'objectif est donc de le systématiser.
- de mieux prendre en compte le financement de dispositifs permettant « d'aller à la rencontre de tous les publics » : interprètes pour des personnes étrangères, médiation en direction des populations à besoins particuliers, antennes mobiles...

Préconisation 13

Favoriser l'attractivité de l'exercice professionnel au sein des PMI.

A cette fin, le CESE préconise :

- de mieux faire connaître la PMI aux jeunes médecins en développant les stages de médecine générale dans les services de PMI lors des études de médecine.
- de renforcer la présence de médecins et de réduire la vacance à travers trois mesures :
 - réexaminer la question des normes relatives au nombre des personnels médicaux dans les PMI au regard de la population. Ces normes n'existent que pour les sages-femmes (1 sage-femme à temps plein pour 1 500 enfants nés vivants au cours de l'année précédente de parents résidents dans le département) et les puéricultrices (1 puéricultrice pour 250 naissances). La fixation de normes d'effectifs par nombre de naissances pour les médecins permettrait d'évaluer les besoins et de préciser la

- vacance de poste. Compte tenu des besoins liés à une plus grande prise en charge de la grossesse par le secteur non hospitalier, cette absence de normes pourrait être réinterrogée. Cette réflexion pourrait être étendue aux autres professionnels de la PMI, les normes actuelles n'étant pas obligatoirement les plus opérationnelles pour répondre au mieux aux besoins des territoires ;
- poursuivre l'harmonisation des statuts des médecins salariés de la fonction publique territoriale et de la fonction publique d'État. La revalorisation du statut des médecins territoriaux (décret du 18 août 2014 portant statut particulier du cadre d'emplois des médecins territoriaux) constitue une avancée pour les médecins intervenant en PMI. Toutefois, la réflexion devrait se poursuivre afin de favoriser la mobilité ;
 - promouvoir la délégation d'actes entre professionnels de santé afin de valoriser l'activité en PMI. En effet, la PMI, structure pluridisciplinaire, est particulièrement adaptée au développement de la délégation d'actes. Cette mesure doit s'accompagner d'un enseignement postuniversitaire complémentaire pour les professionnels concernés.

Préconisation 14

Mieux prendre en charge les actions de prévention de la PMI.

Le CESE préconise d'étudier les modalités d'une meilleure prise en compte de certains actes de prévention en particulier avec l'assurance maladie.

Conclusion

Seul service public interdisciplinaire décentralisé de prévention et de soins, le rôle de la PMI est essentiel au regard des enjeux de la société d'aujourd'hui en matière de santé : lutte contre les inégalités sociales et territoriales et préservation, dès le plus jeune âge. Pourtant, elle n'occupe pas aujourd'hui la place qui devrait être la sienne. Parfois mal connue des usagers, la PMI est trop souvent perçue comme un service dédié aux personnes en situation de précarité. Il est vrai que les activités des PMI sont peu documentées par l'appareil statistique et que leurs actions sont rarement évaluées. De même, l'organisation et le financement de ces services sont mal ou peu connus.

Réaffirmer et clarifier les missions de la PMI, valoriser ses atouts, sécuriser son avenir, telles sont les préconisations du Conseil économique, social et environnemental visant à pérenniser ce dispositif.

La stratégie nationale de santé qui fait de la prévention l'un de ses principaux axes, et le projet de loi relatif à la santé qui affirme la responsabilité de l'État dans la politique de santé et met en place un service territorial de santé au public offrent une opportunité rare de positionner la PMI comme acteur d'une politique nationale de santé de la mère et de l'enfant mais aussi comme un acteur de proximité au plus près des besoins des familles.

Par ailleurs, la future réorganisation territoriale de la République posera la question de son rattachement institutionnel. Quelle que soit la réforme, le CESE préconise que persiste un service public de santé, décentralisé et de proximité pour la mère et l'enfant.

La pérennité d'une institution originale, pionnière d'un nouveau mode de prise en charge de la population suppose que tous les points soulevés par le CESE soient débattus et que des réponses soient apportées dans les meilleurs délais.

Déclaration des groupes

Agriculture

Si, en France, nous pouvons nous féliciter du dynamisme de la natalité, il en va tout autrement de la périnatalité, ainsi que le soulignent les chiffres qui figurent dans cet avis.

Nous disposons pourtant d'importants atouts qui devraient nous classer dans les tous premiers rangs européens mais que nous utilisons mal. La Protection maternelle et infantile en est l'illustration.

La PMI dispose d'un statut singulier puisque son activité est la seule compétence décentralisée du champ sanitaire. De même ses missions, qui vont du sanitaire au médico-social, sont très diversifiées.

Malheureusement ces atouts se révèlent être en l'espèce des inconvénients :

- le premier d'entre eux a trait à l'image de la PMI qui pour beaucoup serait destinée aux plus modestes. Cette vision est erronée puisque l'un des grands principes de la PMI repose au contraire sur l'universalité d'accueil ;
- le second porte sur les importantes disparités territoriales entre les services, qui s'expliquent moins par la question de leur répartition géographique que par l'implication plus ou moins grande des élus départementaux dans les politiques périnatales.

Il conviendra sur ce dernier point d'être particulièrement vigilant sur la réforme territoriale et sur le sort qui sera réservé à la PMI. À quel échelon sera-t-elle rattachée : à la métropole ? À l'intercommunalité ? Au conseil départemental ? Si l'on s'en tient aux dernières déclarations du Gouvernement cela pourrait être les trois à la fois. Or ce schéma fragmenté ne résoudrait en rien les problématiques de gouvernance et de pilotage que rencontre la PMI.

En tout état de cause, cette question devra être abordée à l'occasion de l'examen au Parlement du projet de loi portant nouvelle organisation territoriale de la République dont l'objet est de clarifier les missions des collectivités locales.

Dans un tel contexte le groupe de l'agriculture ne peut donc que souscrire à la volonté de la rapporteure de revaloriser l'image et les compétences de la PMI.

Son action demeure en effet indispensable, en particulier dans les territoires ruraux sur lesquels elle contribue à la fois au développement adapté des modes d'accueil des jeunes enfants, mais également à un meilleur accès à la prévention et à la promotion de la santé.

Le groupe de l'agriculture a voté l'avis.

Artisanat

La démographie française, l'une des plus élevée d'Europe, est un atout pour notre pays. Le rôle des Protections maternelles et infantiles, qui réunissent professionnels de santé et personnels médico-sociaux, est donc essentiel.

Au fil des décennies, la PMI a su adapter ses actions pour répondre à l'évolution des problématiques de santé de la mère et de l'enfant, en prenant en compte les nouveaux risques liés aux conditions sociales et économiques des familles.

Son approche globale et pluridisciplinaire, reliant le sanitaire et le social, sa gratuité et son accessibilité à tous, en font également un partenaire privilégié parmi les acteurs de santé.

Cependant, la PMI fait aujourd'hui face à des difficultés qui suscitent des interrogations sur son devenir.

L'avis souligne ainsi la complexité de son positionnement, comme le manque de coordination des acteurs au niveau territorial et national.

L'avis s'interroge également sur le prochain rattachement institutionnel qui devrait évoluer avec la réforme territoriale, et qui soulève des craintes sur l'avenir de sa gouvernance et de son financement, dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint. Des disparités territoriales sont déjà constatées, en lien notamment avec la moindre implication de certains élus départementaux.

Par ailleurs, la baisse du nombre de professionnels de santé et les difficultés de recrutement qui y sont liées, fragilisent l'avenir de ce service public.

Il importe en premier lieu de conserver la proximité avec le public, quelle que soit la collectivité territoriale dont la PMI dépendra, afin de ne pas aggraver les difficultés d'accès aux soins déjà éprouvées par une partie de la population.

Parmi les propositions de l'avis, le groupe de l'artisanat salue en particulier celle visant à développer les coopérations avec les réseaux locaux en charge des services aux familles et les autres acteurs de santé (médecine scolaire, médecins généralistes, pédiatres etc...).

De même, il est indispensable de sauvegarder le modèle de prise en charge généraliste des parcours de santé mis en place dans les PMI, incluant des actions de prévention, d'éducation et d'accompagnement des familles.

Renforcer le suivi des activités de ces structures, comme leur efficacité, devrait permettre de mieux apprécier leurs contributions aux politiques publiques.

Enfin, pour pérenniser ces structures, il conviendrait de faire évoluer la perception stigmatisante dont elles font parfois l'objet, et de réaffirmer leur caractère universel.

Le groupe de l'artisanat regrette toutefois que l'avis n'ait approfondi ni la question des attentes et besoins des publics accueillis, ni celle du financement des PMI.

Pour autant, il partage l'objectif d'une meilleure efficacité des activités de proximité qui fait leur spécificité et il a voté cet avis.

Associations

Les services de la protection maternelle et infantile - héritiers de l'œuvre de la goutte de lait initiée à Fécamp en Normandie à la fin du XIX^{ème} siècle, dont le but était de lutter contre la mortalité des enfants du premier âge - ont tenu une place croissante depuis la fin de la deuxième guerre mondiale. Les résultats montrent que ses actions de prévention, individuelles ou collectives, sont un succès. La PMI se distingue notamment des autres politiques de santé dans la mesure où elle tempère les frontières habituelles de l'action

publique prévalant entre le sanitaire, le médico-social et le social. En outre, elle demeure à ce jour la seule politique sanitaire décentralisée.

La loi de 2007 a renforcé ses missions en termes d'aide à l'enfance. La plus-value de la PMI est sans conteste une approche pluridisciplinaire et multisectorielle des situations. Cette dernière induit une prise en charge globale des personnes qui intègre les déterminants de santé : conditions de vie, environnement socio-éducatif des personnes...

L'efficacité du travail de la PMI doit aussi beaucoup à une pratique éprouvée du travail en réseau, notamment avec le secteur associatif dans le cadre des Réseaux d'écoute, d'aide et d'appui à la parentalité. Nous devons à ce travail en réseau la professionnalisation des assistants maternels ainsi que la création du statut « lieux collectifs petite enfance ».

Ce succès de terrain peine à cacher d'importantes disparités territoriales en termes de moyens financiers, humains et de pratiques professionnelles. Face à cette réalité, nous soutenons la proposition de l'avis visant à renforcer le pilotage transversal de la politique « Santé parents et enfants ». Ceci rendra alors possible la collecte d'un ensemble de données permettant des études épidémiologiques d'ampleur.

Le groupe des associations félicite la rapporteure de cette réflexion bien menée et souscrit à l'ensemble des préconisations. Il aurait toutefois apprécié que cet avis avance des propositions de collaboration plus formalisée entre le secteur associatif, l'Education nationale, les acteurs libéraux et hospitaliers entre autres. Ceci permettrait de mieux répondre à l'impératif de déségmentation des politiques publiques au profit d'un seul objectif : la vie des enfants et de leur famille qui doit être accompagnée.

Le groupe des associations a voté l'avis.

CFDT

Le projet d'avis présenté aujourd'hui est le premier portant sur la Protection maternelle et infantile. Nous saluons ce travail utile et important.

C'est à la PMI que nous devons les mesures généralisées de prévention. Les consultations pré et post natales, de dépistage et de vaccination ont permis des progrès considérables en matière de santé périnatale et d'espérance de vie, contribuant ainsi à la croissance démographique.

Mais la crise économique que nous connaissons et la mauvaise répartition des professionnels de santé conduisent à une inégalité d'accès aux soins. Les conditions de déclaration et de surveillance des grossesses des femmes et des nouveau-nés vivant dans un contexte social difficile se dégradent. Les disparités sociales et territoriales sont importantes, notamment en Île-de-France, et en Outre-mer.

Pour la CFDT, il faut concilier maillage de proximité et missions de prévention et d'accompagnement pour lutter efficacement contre les inégalités socio-économiques et territoriales. La PMI doit permettre de répondre aux exigences de solidarité, d'équité, et aux attentes des usagers.

À ce titre nous soutenons pleinement la proposition visant à développer et à renouveler les partenariats avec l'assurance maladie. Des réunions d'informations pour les futurs parents, co-animées par des professionnels des Caisses Primaires d'Assurance Maladie, des PMI et des Caisses d'Allocations Familiales, ou des actions de prévention de la santé telles que

l'entretien précoce, la lutte contre le tabagisme de la femme enceinte, ainsi que la prévention du surpoids de la mère et de l'enfant, renforceraient l'efficacité de ces partenariats.

Aujourd'hui la PMI exerce des missions partagées entre l'État, les départements et l'assurance maladie. La répartition des rôles entre eux pourrait être amenée à évoluer. L'avis souligne avec raison la difficulté à donner de la cohérence et de l'efficacité aux actions des divers acteurs. Pour la CFDT, il y a bien nécessité de mieux coordonner, simplifier et piloter le dispositif.

Enfin, le projet de loi relatif à la santé devrait clarifier les finalités de la politique de santé notamment en assurant la promotion de conditions de vie favorables à la santé dans tous les espaces où elles peuvent être améliorées comme le logement, l'école, le travail ou les transports. Un comité interministériel de coordination des politiques gouvernementales en faveur de la santé devrait ainsi être créé.

Notre assemblée a déjà souligné l'importance d'impulser une démarche interministérielle afin de mettre en œuvre une véritable stratégie de prévention. C'est pourquoi la CFDT considère comme essentielle la préconisation 7, visant à faire évoluer le pilotage national en confiant à ce comité interministériel le pilotage d'une politique transversale de santé « parents enfants ».

La CFDT a voté l'avis.

CGT

La PMI est présentée comme un service public reconnu, engagé dans la politique de santé publique, en coordination notamment avec les maternités, les accueils petite enfance et les écoles préélémentaires.

Précurseuse en matière de politiques de prévention, à l'écoute prioritaire de son public mères-enfants, la PMI a permis des résultats remarquables dans notre pays en matière de chute de la mortalité maternelle et infantile. Au fil des décennies ses missions se sont élargies, enrichies, pour une approche globale des besoins de santé, de bien-être physique, psychique et social, conforme à la définition de l'OMS.

Pour autant tout va-t-il bien dans le ciel de la PMI ? Certainement pas puisque la section a souhaité s'auto-saisir sur ce thème.

D'une part, un certain nombre d'indicateurs redeviennent ou demeurent préoccupants. Au nombre de ceux-ci l'âge gestationnel, trop précoce ou plus tardif, la grande prématurité, les grossesses multiples, un taux de mortalité maternelle trop élevé, les diabètes, les toxicodépendances, les situations d'isolement et de paupérisation en augmentation sensible, tout cela est fort bien décrit.

D'autre part, l'étendue des missions légales confiées à la PMI peine à trouver toutes les réponses attendues compte-tenu de leur organisation décentralisée, financée insuffisamment par plusieurs acteurs, sans règles bien mesurées et établies dans la clarté. Le « big bang » territorial annoncé risque d'accentuer ces difficultés.

Enfin, le recrutement, la rémunération et la carrière des personnels pluridisciplinaires qui composent les services de PMI, doivent faire l'objet d'une attention et de mesures concrètes particulières, si on ne veut pas voir les vocations détournées vers des secteurs plus attractifs.

La CGT partage les préconisations avancées qui sollicitent une réflexion collective et approfondie de l'ensemble des acteurs concernés, en premier lieu l'État, les territoires et la Sécurité sociale, pour la mise en œuvre d'une véritable politique préventive socio sanitaire et dans laquelle la PMI peut jouer un rôle déterminant car placée au début des parcours de vie.

L'avis l'affirme à plusieurs reprises, la PMI possède des atouts irremplaçables, toujours actuels, qu'il convient de préserver et de renforcer, comme son caractère de service public à vocation universelle, sa proximité, son champ d'intervention préventif interdisciplinaire.

La crise engendre de nouveaux besoins médico-psycho-sociaux. La réponse à ces besoins ne peut passer par une austérité budgétaire renforcée, mais par une prévention accrue auprès de tous les publics. Il s'agit d'un investissement pour l'avenir dont la PMI doit être partie prenante avec les moyens afférents.

Le groupe CGT a voté l'avis.

CGT-FO

La protection maternelle et infantile assure le suivi de l'enfant et de sa famille. Or, au fil des années, ses missions n'ont cessé de s'élargir sans que les moyens humains et financiers soient toujours donnés pour les assumer. Cela se traduit déjà sur le terrain par diverses remises en cause pourtant importantes dans le suivi des enfants.

Dans ce contexte de restriction budgétaire, le dispositif de PMI est mis en danger, alors qu'il est un pilier indispensable à la santé des enfants, des jeunes et des familles. À titre d'exemple, de nombreuses consultations de nourrissons et de femmes enceintes sont supprimées et les délais de prises de rendez-vous s'allongent. Or, actuellement en France, le nombre de naissances reste à un niveau élevé et les services publics de la PMI doivent être confortés pour y répondre. Ainsi, FO tient à saluer l'avis qui met l'accent sur le maintien de son universalité plutôt que sur son accès réservé aux plus démunis.

FO partage également l'orientation de l'avis sur la nécessaire revalorisation des métiers du secteur. En effet, il est primordial de reconnaître le travail des professionnels à la hauteur de leur utilité sociale, que ce soit en termes de statuts, de rémunérations et de moyens.

Dans un contexte d'aggravation de la précarité sociale, d'évolution des structures familiales et d'isolement grandissant de nombreuses familles, la stratégie nationale de santé doit réinvestir la politique de santé publique de l'enfant et de la famille. Pour que tous y aient accès, il faut remédier à l'investissement très inégal des départements dans leurs missions de santé et renforcer les services publics de santé de proximité, ces derniers, au-delà de la santé, étant un des fondements de la République.

Pour toutes ces raisons, et eu égard au travail de la rapporteure, le groupe CGT-FO a voté l'avis.

Coopération

Institution originale, décentralisée, à la charnière du médical et du social, la PMI se trouve aujourd'hui, « en état d'urgence », à la croisée des chemins. Pour être clair, une ancienne directrice de la PMI lors des auditions posait une vraie question : « avons-nous encore besoin d'un service de PMI ? »

Lors des auditions, il a été souligné que parmi les populations les plus fragiles, beaucoup ne voulaient plus aller à la PMI de peur qu'on leur retire leur enfant. Ont également été mis en valeur les problèmes de gouvernance, les inégalités de pratiques et surtout de financement entre départements, de manque de personnel spécialisé, et bien sûr de manque de financement tout court. La PMI serait un îlot de santé dans un océan de social, où l'absence de norme compliquerait les problèmes ; faudrait-il dès lors nationaliser la PMI?... Créer une instance qui pourrait rendre plus visible ce service ?

Comme le souligne l'avis, si l'état de santé périnatal est globalement satisfaisant, les comparaisons avec les autres pays européens montrent que la France y occupe une place plutôt moyenne avec un taux de mortalité infantile de 3,3 pour 1000, qui reste plus élevé que celui de la Suède, de la Finlande, du Luxembourg et de l'Italie. On observe également que, depuis 2011, le taux de mortalité infantile ne diminue plus. Ce constat vient à l'appui de la nécessité de préserver un service de proximité maternelle et infantile.

L'avis souligne l'utilité de la PMI, en précisant clairement la nature de son caractère universel. Ce service public dont l'offre est très large - consultations axées vers le conseil, la prévention, le dépistage - s'adresse par définition à toutes les mamans ou familles, sans distinction de catégorie de revenus ; quand bien même ce sont les urgences médicales ou sociales qui doivent être ciblées.

Le texte soulève néanmoins de nombreuses questions dans lesquelles transparait une certaine crainte pour l'avenir. Si la cause est bonne, pour être entendue, il faudra la financer. L'avis évoque bien la situation dégradée de nos finances publiques et comptes sociaux, auxquels il faut ajouter les dix milliards d'économie sur les dépenses de santé, et la disparition probable des conseils généraux qui financent aujourd'hui la PMI.

Dans un contexte où la politique familiale de la France a déjà perdu quelques-unes de ses plus belles plumes, il semble essentiel de pérenniser cette institution novatrice tout en reprécisant ses missions et en visant à une meilleure cohérence avec d'autres structures en charge de l'enfance comme la médecine scolaire.

Le groupe de la coopération a voté en faveur de l'avis.

Entreprises

Je souhaite tout d'abord remercier Madame le Rapporteur pour ses qualités d'écoute, pour ses nombreuses préconisations ainsi que le travail réalisé.

La protection maternelle et infantile dite « PMI » est un organisme départemental chargé de la protection sanitaire et sociale, des femmes enceintes, de mères et des enfants de la naissance à six ans.

En 1945 le taux de mortalité infantile était de 77,8 pour 1000, il est aujourd'hui de 3,3 pour 1000.

Depuis ces 69 dernières années, des progrès considérables ont été accomplis pour la santé des Français notamment par le développement de la médecine et l'innovation des médicaments très utiles grâce à la chimie.

L'état de santé périnatale est globalement satisfaisant mais il progresse moins depuis deux décennies. Des améliorations sont donc possibles car l'offre de soins connaît une forte évolution due à la prise en compte de nouveaux risques pour la mère et l'enfant, ainsi que la réorganisation de la prise en charge par les réseaux de soins.

Sachant que l'environnement économique et social est particulièrement difficile, l'atout de la PMI est une intervention pluridisciplinaire et multisectorielle c'est-à-dire sanitaire, médico-sociale et sociale. Elle met en œuvre des actions de prévention, d'éducation et d'accompagnement au plus près des territoires et des personnes.

Cette dimension a bien été prise en compte dans l'avis. Cependant, on ne peut nier des défauts de fonctionnement dans certains départements avec des zones de fragilité et de fortes disparités intra et infra départementale. Il est donc indispensable de clarifier son rôle notamment par le biais du projet de loi relatif à la santé.

La PMI doit également être intégrée à un parcours et un environnement local d'intervenants car elle n'agit pas seule et il convient donc qu'elle trouve sa place dans les systèmes de soins locaux et nationaux. Il est nécessaire de préciser les rôles de chacun pour éviter les redondances.

Le groupe des entreprises ne peut qu'accompagner les nombreuses préconisations du rapporteur tout en faisant attention aux coûts qui pourraient être induits par certaines propositions.

Le groupe des entreprises a voté l'avis.

Environnement et nature

Structure unique dans le paysage français, la Protection maternelle et infantile permet d'accueillir la future mère, l'enfant, la famille, avec une approche intégrée et globale à laquelle notre groupe est particulièrement sensible.

Le travail de la PMI est remarquable. Aider les gens à rester en bonne santé physiologique, psychologique et sociale, n'est-ce pas un objectif sociétal fondamental ? Contrairement au système d'assurance maladie qui est quasi exclusivement curatif, la PMI s'inscrit dans le préventif. Les travaux de notre section sur la prévention et sur l'investissement social ont mis en évidence les bénéfices à long terme d'un investissement dans la prévention.

Le groupe environnement et nature soutient en particulier un renforcement de l'universalité de la mission de la PMI. Il serait très dommageable de cibler l'action de la PMI vers une certaine catégorie de la population, car cela en réduirait la portée et le sens tout en l'amenant vers une certaine paupérisation des soins. La PMI peut et doit accueillir les familles dans toute leur diversité : un microcosme de la société, un service de proximité et un lieu de vraie convivialité. Elle peut être précurseur d'un changement d'organisation de notre système de santé, en écho à une société où la consommation excessive ferait place aux valeurs de partage et de solidarité. La PMI doit de fait être un acteur à part entière et figurer comme tel dans la future loi santé.

Comment faire pour financer ce dispositif ? Les travaux antérieurs de cette assemblée ont montré que globalement, un système universel est bien plus efficient qu'un système largement privé payé à l'acte. La question des financements est donc structurante et les pistes proposées dans cet avis auraient méritées d'être plus creusées pour être plus précises.

Les données collectées par les PMI à partir des différents certificats obligatoires représentent un potentiel important de recherche épidémiologique longitudinale sur les deux premières années, répondant au nécessaire enjeu de connaissance de l'état de santé publique. Le groupe environnement et nature soutient particulièrement la préconisation de mieux exploiter ces données aux niveaux régional et national. Des études basées sur ces

données peuvent nous apporter des renseignements importants sur le développement de l'enfant, les facteurs de risque et les inégalités environnementales impactant la santé.

Alors pourquoi cette mauvaise image de la PMI ? Pourquoi la PMI reste-t-elle dans les derniers choix des étudiants en médecine ? En espérant que les constats et pistes de cet avis contribuent à lui donner la place qu'elle mérite, le groupe environnement et nature remercie la rapporteure de son travail et a voté l'avis.

Mutualité

La protection maternelle et infantile, acteur unique dans notre système de santé, permet de faire le lien entre le médical et le médico-social et d'agir sur l'ensemble des déterminants de santé de la mère et du jeune enfant.

La mutualité remercie la rapporteure d'avoir ouvert le champ de nos connaissances sur ce service public si utile qui n'a pas trouvé la place qu'il mérite.

Il importe d'insister sur le caractère généraliste de la prévention en PMI notamment à travers une approche globale de la santé familiale et infantile s'adressant à toutes les familles, tout en prenant en compte les enfants et les familles qui vivent les plus grandes difficultés. Cela implique d'articuler les dimensions de promotion de la santé et de prévention avec celles de la protection de l'enfance.

Il faut également trouver les moyens de favoriser l'attractivité de l'exercice professionnel au sein des PMI. En effet, la démographie des professionnels de santé intervenant en PMI est préoccupante et fragilise les PMI qui se concentrent parfois uniquement sur les familles en grande difficulté délaissant le volet prévention et droit commun de leurs actions.

Concernant les autorisations d'ouverture des établissements d'accueil du jeune enfant et les agréments pour les assistantes maternelles accordés par les PMI, nous soutenons la mise en place d'outils qui favorisent l'harmonisation des pratiques d'un département à l'autre.

Nous souhaitons nous arrêter sur la mission de prévention de la PMI et en particulier sur le repérage des violences faites aux femmes, phénomène touchant toutes les catégories socio-professionnelles.

Le rôle des professionnels de santé dans le repérage et l'accompagnement des femmes victimes de violences, en particulier au moment de la grossesse est essentiel.

Quelques chiffres et quelques faits, qui ont d'ailleurs fort justement été rappelés dans le constat du projet d'avis, présents dans le 4^{ème} plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes : « *La grossesse est un moment clé pour le dépistage des violences : constatées dans 3 à 8 % des grossesses avec un taux 3 à 4 fois supérieur en cas de grossesse non désirée ; une étude britannique a indiqué que pour un tiers des femmes qui connaîtront un acte de violence au cours de leur vie, le premier incident est intervenu pendant la grossesse.* »

Le 4^{ème} plan interministériel prévoit l'élaboration d'un protocole national qui recensera les différents outils existants en France, dont les centres de PMI, pour le repérage de l'ensemble des vulnérabilités au cours de la grossesse et parmi elles les violences faites aux femmes.

C'est parce que les professionnels de santé sont les premiers interlocuteurs des femmes victimes de violences, parce que la grossesse est un moment clé pour le dépistage des

violences, parce que cela fait partie des missions de la PMI dans le cadre de la planification familiale et parce que la PMI est un point d'entrée fondamental dans les réseaux de santé et médico-sociaux, qu'il est important de rappeler, dans le cadre des préconisations de l'avis, la nécessité d'un repérage systématique des violences au cours des examens prénataux.

C'est pour le groupe de la mutualité un point qui lui tient particulièrement à cœur.

C'est parce que nous partageons les préconisations du projet d'avis qui visent à pérenniser un service public de santé, ouvert à tous, pluridisciplinaire et qui agit pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé que le groupe de la mutualité a voté le projet d'avis, avec d'autant plus de satisfaction que son amendement a été retenu.

Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse

Les missions et le projet de la PMI semblent correspondre en tous points aux orientations que l'on souhaite donner à notre politique nationale de santé et aux recommandations que nous avons plusieurs fois formulées au sein du CESE. Les PMI se positionnent à la jonction du médical et du social. Elles valorisent la prévention et l'approche globale de la santé, notamment par la prise en compte de ses déterminants sociaux. Enfin, elles s'appuient sur une équipe pluridisciplinaire, valorisant le travail en réseau sur un territoire.

Pourtant, les services de la protection maternelle et infantile sont fragilisés dans de nombreux départements et l'opportunité de leur existence semble remise en cause. L'avis de la section des affaires sociales et de la santé met bien en lumière ce paradoxe, ainsi que les incertitudes soulevées par la réforme de l'organisation territoriale.

Les débats en section ont longuement porté sur la nature du service public assuré par les PMI et sur son caractère universel. En effet, nous avons pu observer des interrogations portant sur le constat d'une PMI théoriquement ouverte à tous, mais en réalité davantage tournée et sollicitée par les familles les plus en difficulté.

Dans un contexte où la dégradation des conditions de vie, sur un plan tant sanitaire, qu'économique, social, mais également environnemental ont un impact évident sur la santé et le bien être des familles, il nous semble important de soutenir des structures assurant un service public de proximité, gratuit et universel.

La poursuite des missions de la PMI dépend également de leur capacité à recruter du personnel médical et social. Or là encore, l'avis souligne les difficultés de recrutement rencontrées par les structures. À cet égard, notre groupe soutient les préconisations relatives à l'amélioration de l'attractivité de l'exercice professionnel au sein des PMI, en particulier pour les jeunes professionnels.

Enfin, il nous semble également important de rappeler que les études menées par la délégation au droit des femmes et à l'égalité de notre assemblée ont plusieurs fois souligné le rôle indispensable des PMI au regard de la détection et de la prévention des violences faites aux femmes et à leurs filles.

Ainsi, le groupe des organisations étudiantes et mouvements de jeunesse vote en faveur de cet avis.

Outre-mer

Grâce à l'action combinée de différents acteurs et plus particulièrement de la Protection maternelle et infantile (PMI), la mortalité infantile a considérablement diminué passant de 77,8 pour 1000 naissances vivantes en 1945 à 3,3 pour mille en 2012. Il en est de même pour la mortalité périnatale, qui a connu une baisse considérable.

Mais depuis une dizaine d'années, avec la réorganisation du système de santé, la PMI manque de lisibilité dans ses actions, au point où certains la perçoivent comme un service dédié aux personnes en situation de précarité. La PMI souffre également d'un manque de pilotage et de gouvernance.

Certains indicateurs restent préoccupants : le taux de naissances prématurées 7,4 pour 1000 naissances vivantes, la consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites, les difficultés d'accès aux soins en lien en grande partie avec la pauvreté (14,3% de la population) et le délai d'attente des consultations excessivement long.

Il est donc important que la PMI, seule structure multidisciplinaire, prenant en charge aussi bien les problèmes médicaux que psycho-sociaux, continue à jouer son rôle de proximité, au plus près de la population.

L'avis insiste dans les préconisations sur la redéfinition des missions de la PMI, de sa contribution aux politiques publiques de santé et de la nécessité de rénover et de renforcer son pilotage, tant au niveau territorial que national. La PMI devra retrouver sa juste place à côté des autres acteurs dans le système de santé.

Outre-Mer, les taux de mortalité infantile, les taux de naissances prématurées et de petits poids de naissance étant au moins 2 fois plus élevés qu'en Métropole, le groupe de l'Outre-Mer regrette qu'un rôle renforcé de la PMI n'ait pas été envisagé et que les expériences innovantes tel que l'accompagnement des adolescentes enceintes ne figurent pas dans l'avis.

Mais le groupe a apprécié l'intérêt porté à la situation particulière de ce dossier dans les territoires ultramarins, reconnaît la qualité du travail accompli et a donc voté l'avis.

Personnalités qualifiées

M. Etienne : « Le projet d'avis de Mme Basset, qui n'a pas manqué de le citer en préambule, s'inscrit dans un travail que notre CESE a fait sien de manière singulière : il s'agit de la prévention. Il faut bien l'avouer, il n'y a pas de prévention efficace tout au long de la vie sans une prévention bien structurée au commencement de la vie. Il n'y a donc pas de prévention valable sans PMI efficace.

Le principe de l'universalité a de grandes vertus en termes de recherche pour la prévention. De ce point de vue, l'objectif n'est pas encore atteint. Il va falloir travailler afin que l'on puisse posséder des données épidémiologiques suffisantes.

Je voudrais faire deux remarques, avant de conclure.

Premièrement, deux intervenants, MM. Ritzenthaler et Capdeville, ont insisté sur les relations fondamentales qui nécessitent d'être développées entre la CNAM et la PMI, concernant la prévention d'une manière générale. C'est un point fondamental. Cette caisse d'assurance maladie des travailleurs sociaux mériterait de s'appeler caisse nationale d'assurance santé des travailleurs sociaux, pour s'inscrire dans une nouvelle dynamique

et dans le cadre de la politique de santé nouvelle. Mais, nous n'en sommes pas encore là. Toutefois, ce n'est pas parce que l'intitulé n'est pas adopté qu'il ne faut pas le faire dès maintenant !

Deuxièmement, vous connaissez tous les esprits chagrins tournant autour de notre cénacle et s'interrogeant parfois sur le devenir ou l'avenir de nos réflexions et le produit qu'elles peuvent engendrer. Dans ce domaine, il y a une assurance que l'on peut faire valoir. Vous vous souvenez peut-être que dans l'avis sur la prévention, élaboré il y a deux ans et demi, nous avons suggéré la création d'un Comité interministériel de coordination, qui dépasse largement les seules problématiques du ministère de la santé, d'où cette référence interministérielle. J'ai eu le bonheur de retrouver cette demande dans le projet d'avis présenté par Mme Basset.

Notre assemblée a fait montre de son efficacité puisqu'il y a ce Comité de coordination interministérielle dans le projet de loi relatif à la santé. Nous avons été la seule des trois assemblées constitutionnelles de la République à le voter et nous pouvons être fiers d'avoir espéré que les deux autres l'accepteront.

Je voterai le projet d'avis ».

Professions libérales

Lutter contre la mortalité maternelle et infantile et garantir la qualité d'accueil de la petite enfance sont les raisons essentielles qui ont présidé à la création de la PMI. Toutefois, l'environnement dans lequel elle évolue, change. Nous avons le devoir de nous ré-interroger sur son rôle et sa place dans le paysage sanitaire.

La PMI est le seul acteur médical public de proximité qui aborde la santé de l'enfant. Elle suit 20% des enfants jusqu'à 6 ans, puis les adolescents à travers la planification familiale et la contraception. Pourtant, elle a du mal à trouver sa place.

L'avis nous rappelle ses faiblesses : concurrence croissante sur son cœur de métier, difficultés de recrutement, opacité de sa gouvernance, insuffisance de pilotage, complexité du mode de financement, fortes disparités inter et infra-départementales. À cela s'ajoute la remise en cause éventuelle de son attachement au département dans le cadre de la réforme territoriale, avec en perspective une fragilisation du système !

Plus grave, nous sommes dans l'incapacité d'établir une vue globale du coût de cette politique publique et une traçabilité complète des financements. L'absence de stratégie nationale claire qui permettrait de prioriser les actions, la multiplication des acteurs ou dispositifs mis en place par l'assurance maladie par exemple ne font que nous convaincre de la nécessité de recentrer ses missions.

Fort de ce constat, les préconisations de l'avis ont, entre autres, cet objectif ainsi que celui d'identifier son rôle dans le système local de soins. La PMI est un service public, dès lors que l'on réaffirme son caractère universel, doit-il pour autant être accessible à tous ? Le groupe des professions libérales estime que la PMI a vocation à assurer une prise en charge des familles les plus en difficulté. Nous sommes donc très réservés à l'idée de repositionner la PMI comme un service au bénéfice de toutes les familles, dès lors que pour l'essentiel, la surveillance de la mère et de l'enfant est assurée dans le cadre des dispositions du code de la santé publique et de la sécurité sociale, par d'autres offreurs de soins.

L'avis demande que le projet de loi relatif à la santé repositionne la PMI comme l'un des acteurs de la prévention, au centre de la coordination des parcours des parents et des jeunes enfants. La multiplicité des acteurs, le recoupement des compétences nécessitent une meilleure coordination pour plus d'efficacité et de lisibilité pour l'utilisateur. La volonté affichée de développer les partenariats, tout particulièrement avec l'assurance-maladie est essentielle à une bonne connaissance de l'activité des PMI et donc du pilotage.

Nous sommes conscients que la protection de l'enfance exige que le rôle et la place de la PMI soient redéfinis pour une plus grande efficacité. Ce service constitue un observatoire précieux pour les acteurs de terrain. L'avis plaçant dans ce sens, le groupe des professions libérales l'a voté.

UNAF

La protection maternelle et infantile méritait qu'on s'y attarde et l'avis met le projecteur sur cette institution originale. La PMI est pionnière d'un mode de prise en charge tourné délibérément vers la prévention et les soins pour la mère, l'enfant et la famille mais elle est malheureusement peu connue. Son originalité tient à ce que la PMI dépend du conseil général, ses missions sont inscrites dans le code de la santé publique, ce qui en fait la seule compétence sanitaire décentralisée, accessible, gratuite et de proximité, au plus près des besoins des familles.

Le groupe de l'UNAF partage dans sa globalité le projet d'avis puisque nombre des recommandations reconnaissent et renforcent le rôle de la PMI dans l'accompagnement des familles. Il insiste sur trois d'entre elles : l'inscrire dans la politique nationale de santé, réaffirmer son universalité et évaluer ses missions.

La stratégie nationale de santé fait de la prévention l'un de ces axes majeurs, tout comme la prochaine loi relative à la santé. Elles offrent à la PMI l'opportunité d'affirmer sa spécificité dans les futurs services territoriaux de santé au public. Elle peut ainsi devenir un acteur référent dans le parcours de soins de la femme enceinte et dans celui des enfants de 0 à 6 ans. Par ailleurs, la définition d'objectifs, permise par l'application d'une politique nationale de santé, permettra une clarification de certaines de ses missions.

Quant à l'universalité, c'est-à-dire son ouverture à tous, fortement questionnée ces temps-ci, il est important d'en rappeler tous les atouts et les dangers, que représenterait une remise en cause. Le maintien de l'universalité de la PMI signifie un accès possible de toutes les familles, sur un territoire, aux services, qu'elle propose. Il faut valoriser ces lieux « mixtes », par définition non stigmatisants et enrichissants pour tous.

Enfin, s'agissant de l'évaluation de ses missions, cette recommandation est la voie pour ses services de sortir du flou dans lequel ils sont actuellement. La PMI est un service public en pleine mutation avec lequel les réformes à venir de la santé et de l'organisation territoriale de la République vont interagir fortement. L'évaluation est une opportunité pour mettre en lumière la qualité de l'offre de ses services, pour valoriser et asseoir sa position dans le champ de la santé publique.

Le groupe de l'UNAF a voté l'avis.

La protection maternelle et infantile, service départemental, instituée par ordonnance en 1945, période de la reconstruction, a bien répondu aux missions de santé publique qui lui étaient assignées pendant les 20 ans du baby-boom : prévention à travers les grandes campagnes de vaccination, éducation aux bonnes pratiques hygiéniques et maternelles et, d'autre part, le suivi du développement de l'enfant matérialisé par le carnet de santé annoté lors des visites médicales.

La PMI a diffusé sur tout le territoire, mais avec de fortes disparités persistantes à ce jour, ses centres de santé maternels et infantiles à une époque où l'offre de soins se caractérisait plus par la rareté que par la profusion, se limitant, au mieux, au médecin de famille.

Ses missions médicales et médico-sociales ont évolué avec l'émancipation de la femme favorisant le contrôle des naissances avec le planning familial, le droit à la maternité désirée et les actions de prophylaxie. Une plus large spécialisation dans le domaine médical, une plus systématique prise en compte du bien-être et de l'équilibre tant psychologique que physique ont favorisé au sein de la société l'émergence de demandes plus personnelles dont les réponses requièrent une équipe pluridisciplinaire et multisectorielle au sein des centres de PMI. Parallèlement, alors qu'on assiste à une montée en charge de naissances hors mariage, de nouvelles formes de parentalités voient le jour et sollicitent de la PMI des conseils, des aides, des interventions adaptées au-delà du périnatal.

Cependant, la PMI tant dans sa gouvernance et l'élaboration de ses missions que dans la gestion de son maillage territorial et sa coopération avec les collectivités, les CAF, l'Assurance Maladie... donne les signes d'une institution dont le pilotage est aléatoire, manque de lisibilité et de cap. La plus ou moins grande multiplicité des acteurs intervenants dans et aux côtés des centres de PMI, rime rarement avec synergie et continuité.

Depuis les années 80, sa place de pionnière est remise en question, d'ailleurs les différents rapports dont elle est l'objet pointent ses atouts mais aussi ses insuffisances au regard des budgets consentis par la Nation et les services attendus par les usagers. Critiques récurrentes quant à son efficience, son adaptation aux nouveaux défis liés à une offre très variées dans son domaine médical et au-delà dans l'accompagnement, les conseils, les aides à la maternité et la parentalité.

Dans ce contexte, l'UNSA partage globalement l'état des lieux brossé par Madame Christiane BASSET, rapporteur, pour le CESE, du projet d'avis.

Il ne s'agit pas de discréditer une institution bien ancrée dans l'histoire de la santé publique mais d'en actualiser le dispositif afin qu'il réponde rapidement aux objectifs prescrits par la Stratégie nationale de santé (SNS) et, en particulier, ce qui concerne la protection de l'enfant au sein d'une action sociale volontaire.

À ce sujet, l'UNSA soutient fortement la huitième proposition qui encourage les liens coopératifs entre la médecine scolaire et celle du centre de PMI. En effet, depuis quelques années on constate un recentrage des PMI sur les enfants de 0 à 2 ans. Les enfants ne bénéficient que rarement d'un bilan à 4 ans et à 6 ans. On trouve donc des enfants signalés tardivement en CE2 ce qui peut les pénaliser lourdement dans les apprentissages. Ce recentrage entraîne également l'absence de suivi des enfants relevant du handicap.

De surcroît, la PMI doit participer à la réduction des inégalités d'accès aux soins, PASS constitue une de ces passerelles. Le dépistage précoce des dysfonctionnements par un suivi

global et d'anticipation s'impose en collaboration avec l'ensemble des acteurs de la petite enfance en particulier la protection de l'enfance.

Par ailleurs, l'UNSA soutient la préconisation 10 concernant le rôle de la PMI dans le cadre de l'accueil des jeunes enfants au domicile des assistantes maternelles. Des travaux sont nécessaires pour harmoniser et réguler les procédures d'agrément. Les PMI doivent également être associées aux travaux des schémas territoriaux de la petite enfance qui se mettent en place actuellement. En effet, la COG de la CNAF prévoit sur la période 2013-2018 l'ouverture de 100 000 places en accueil individuel pour les 0-3 ans. Ce qui numériquement va augmenter fortement le nombre d'agrément. Cependant, il convient d'avoir une réflexion globale sur la localisation de ces agréments car on commence à voir des assistantes maternelles en situation de chômage suite à l'implantation d'une micro crèche ou d'un établissement d'accueil collectif à proximité. Les représentants des professionnels de ce secteur doivent également être associés à la réflexion.

Ces remarques plaident pour des ajustements et des évolutions de la gouvernance afin d'harmoniser les pratiques au regard des missions prescrites.

L'UNSA a voté cet avis pour soutenir l'ouverture des chantiers préconisés et demande qu'un suivi des propositions soit assuré au niveau du CESE surtout dans la période de la mise en place de la réforme territoriale.

Scrutin

Scrutin sur l'ensemble du projet d'avis

Nombre de votants 171

Ont voté pour 171

Le CESE a adopté.

Ont voté pour : 171

<i>Agriculture</i>	MM. Barrau, Bastian, Mmes Beliard, Bernard, Bonneau, M. Cochonneau, Mme Lambert, MM. Pelhate, Pinta, Roustan, Mme Sinay, M. Vasseur.
<i>Artisanat</i>	MM. Bressy, Crouzet, Mme Foucher, M. Liébus.
<i>Associations</i>	M. Allier, Mme Arnoult-Brill, MM. Charhon, Leclercq, Roirant.
<i>CFDT</i>	M. Blanc, MM. Cadart, Duchemin, Gillier, Mmes Hervé, Houbairi, MM. Le Clézio, Mussot, Mme Nathan, M. Nau, Mmes Pajères y Sanchez, Pichenot, Prévost, MM. Quarez, Ritzenthaler.
<i>CFE-CGC</i>	Mme Couturier, MM. Dos Santos, Lamy, Mme Weber.
<i>CFTC</i>	M. Coquillion, Mme Courtoux, MM. Ibal, Louis, Mmes Parle, Simon.
<i>CGT</i>	Mmes Cailletaud, Crosemarie, Cru-Montblanc, M. Delmas, Mmes Doneddu, Dumas, M. Durand, Mmes Farache, Geng, Hacquemand, MM. Mansouri-Guilani, Marie, Michel, Naton, Rabhi, Teskouk.
<i>CGT-FO</i>	M. Bellanca, Mmes Boutaric, Fauvel, Medeuf-Andrieu, Millan, M. Nedzynski, Mme Nicoletta, MM. Pihet, Porte, Mme Thomas, M. Veyrier.
<i>Coopération</i>	M. Argueyrolles, Mme de L'Estoile, M. Lenancker, Mmes Rafael, Roudil, M. Verdier.
<i>Entreprises</i>	M. Bailly, Mme Bel, M. Bernasconi, Mmes Castera, Dubrac, Duhamel, Duprez, Frisch, M. Gailly, Mme Ingelaere, MM. Jamet, Lejeune, Marcon, Mariotti, Placet, Pottier, Mme PrévotMadère, MM. Ridoret, Roger-Vasselin, Roubaud, Mme Roy, M. Schilansky, Mmes Tissot-Colle, Vilain.
<i>Environnement et nature</i>	MM. Beall, Bonduelle, Bougrain Dubourg, Mmes Denier-Pasquier, Ducroux, MM. Genest, Guérin, Mmes Laplante, Mesquida, Vincent-Sweet, M. Virlovet.
<i>Mutualité</i>	MM. Andreck, Davant, Mme Vion.
<i>Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse</i>	MM. Djebara, Dulin, Mmes Guichet, Trellu-Kane.
<i>Outre-mer</i>	MM. Grignon, Kanimoa, Omarjee, Osénat, Mme Romouli-Zouhair.
<i>Personnalités qualifiées</i>	M. Aschieri, Mme Ballaloud, M. Baudin, Mmes Brishoual, Brunet, Cayet, Chabaud, Dussaussois, El Okki, M. Etienne, Mme Flessel-Colovic, M. Gall, Mmes Gibault, Graz, M. Guirkinger, Mmes Hezard, de Kerviler, MM. Kirsch, Lucas, Martin, Mme de Menthon, M. Obadia, Mmes d'Ormesson, Ricard, M. Richard, Mme du Roscoät, MM. Soubie, Terzian, Urieta.

<i>Professions libérales</i>	MM. Capdeville, Noël, Mme Riquier-Sauvage.
<i>UNAF</i>	Mme Basset, MM. Damien, Farriol, Feretti, Fondard, Joyeux, Mmes Koné, L'Hour, Therry, M. de Viguerie.
<i>UNSA</i>	M. Bérille, Mme Dupuis, M. Grosset-Brauer.

Annexes

Annexe n° 1 : composition de la section des affaires sociales et de la santé

✓ **Président** : François FONDARD

✓ **Vice présidents** : Thierry BEAUDET, Gérard PELHATE

☐ **Agriculture**

✓ Gérard PELHATE

☐ **Artisanat**

✓ Catherine FOUCHER

☐ **Associations**

✓ Christel PRADO

☐ **CFDT**

✓ Yolande BRIAND

✓ Dominique HÉNON

✓ Catherine PAJARES

☐ **CFE-CGC**

✓ Monique WEBER

☐ **CFTC**

✓ Michel COQUILLION

☐ **CGT**

✓ Jacqueline FARACHE

✓ Daniel PRADA

☐ **CGT-FO**

✓ Rose BOUTARIC

✓ Didier BERNUS

☐ **Coopération**

✓ Christian ARGUEYROLLES

☐ **Entreprises**

✓ Dominique CASTERA

✓ Geneviève ROY

✓ Jean-Louis JAMET

☐ **Environnement et nature**

✓ Pénélope VINCENT-SWEET

☐ **Mutualité**

✓ Gérard ANDRECK

✓ Thierry BEAUDET

☐ **Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse**

✓ Antoine DULIN

☐ **Outre-mer**

✓ Eustase JANKY

☐ **Personnalités qualifiées**

✓ Gisèle BALLALOU

✓ Nadia EL OKKI

✓ Marie-Aleth GRARD

✓ Sylvia GRAZ

✓ Annick du ROSCOËT

✓ Christian CORNE

✓ Jean-Claude ETIENNE

☐ **Professions libérales**

✓ Bernard CAPDEVILLE

☐ **UNAF**

✓ Christiane BASSET

✓ François FONDARD

☐ **Personnalités associées**

✓

✓ Marie-Josée AUGÉ-CAUMON

✓ Fatma BOUVET DE LA MAISONNEUVE

✓ Edouard COUTY

✓ Marie FAVROT

✓ Marie-Françoise GONDARD-ARGENTI

✓ Bruno PALIER

✓ Christian SAOUT

Annexe n° 2 : liste des personnalités auditionnées

- ✓ **Muriel Prudhomme,**
cheffe de service de PMI en Seine Saint-Denis, directrice de la maternité des Bluets, ancienne directrice de la PMI, cheffe du pôle santé, Conseil général de l'Essonne
- ✓ **Elisabeth Doineau,**
vice-présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée des départements de France (ADF)
- ✓ **M. Jean-Pierre Hardy**
membre de l'Assemblée des départements de France
- ✓ **Anne-Gaëlle Daniel,**
chef de projet mère-enfant à l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France
- ✓ **M. Pierre Suesser,**
président du syndicat national des médecins de PMI (SNMPMI), et
- ✓ **Marie-Christine Colombo,**
médecin responsable du service de PMI de Meurthe-et-Moselle et vice-présidente du SNMPMI
- ✓ **Béatrice Blondel,**
INSERM, représentante française au Comité scientifique d'Euro-Péristat, sur la situation de la France au regard des autres pays européens en matière de santé périnatale
- ✓ **Corinne Bois,**
médecin de PMI, coordinatrice santé de l'étude ELFE (étude longitudinale française depuis l'enfance)
- ✓ **Luc Ginot,**
adjoint au directeur de la santé publique de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France
- ✓ **Benoît Vallet,**
directeur général de la santé
- ✓ **Zinna Bessa,**
adjointe à la sous direction de la santé de la population et de la prévention des maladies chroniques

☐ *Entretiens privés*
- ✓ **Dominique Fabre,**
conseiller CNAMTS, Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA), Conseillère CESER Ile-de-France
- ✓ **Rémy Marquier,**
chef du bureau des collectivités locales, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
- ✓ **Francis Puech,**
président de la Commission nationale naissance et santé de l'enfant (CNNSE), membre du Conseil consultatif national d'éthique, président de l'association Initiative hôpital amis des bébés, ancien président du Collège national des gynécologues et obstétriciens français

- ✓ **M. Serge Lipski,**
membre du conseil d'administration de Médecins du monde - chargé de la mission enfants hospitalisés
- ✓ **Sophie Laurence,**
réfèrent santé Missions France, Médecin du monde
- ✓ **Marielle Chappuis,**
chargée de projet - Observatoire de l'accès aux soins, , Médecin du monde
- ✓ **Odile Joliclerc,**
psychomotricienne, PMI Seine-Saint-Denis
- ✓ **Perrine Bouhelier,**
chargée du secteur éducation (parentalité, petite enfance, école), Confédération syndicale des Familles (CSF)
- ✓ **Aline Archimbaud**
sénatrice Europe écologie les verts de la Seine-Saint-Denis
- ✓ **Edith Thouielle**
fondatrice et directrice du service d'accompagnement à la parentalité des personnes en situation de handicap, fondation hospitalière Sainte-Marie, ancienne directrice de PMI
- ✓ **François Edouard,**
membre du Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE), vice-président de l'UNAF, président du département Droit de la famille et protection de l'enfance de l'UNAF
- ✓ **David Pioli,**
coordonnateur du pôle droit et sociologie de la famille de l'UNAF
- ✓ **Nicolas Brun,**
coordonnateur du pôle protection sociale santé de l'UNAF
- ✓ **Valérie Ledour,**
médecin de PMI spécialisée dans la planification et l'éducation familiale, cheffe du pôle santé PMI au Conseil général de l'Essonne.
- ✓ **Marie-Christine Keters,**
responsable du département information et prévention, CNAMTS
- ✓ **Véronique Belot,**
département prévention de la CNAMTS

Annexe n° 3 : glossaire

Assistant(e) maternel(le) : le statut d'assistance maternelle a été créé par la loi du 17 mai 1977 et prévoit son encadrement par un agrément, un contrôle régulier et la surveillance de ces professionnels.

Ateliers de maternité : ateliers collectifs permettant de rencontrer des professionnels de santé sur le suivi de votre grossesse, les soins nécessaires à la santé de la mère et de l'enfant (alimentation, exercice physique, médicaments, tabac, alcool, allaitement...), les démarches administratives (prise en charge des soins, congés maternité et paternité, indemnités journalières, remboursement de vos soins, choix de la maternité, délais d'inscription, modes de garde....). Ces ateliers sont pris en charge par les caisses primaires d'assurance maladie.

Certificat de santé du 8ème jour (CS8) : Le premier certificat de santé de l'enfant a été créé par la loi du 15 juillet 1970 qui a rendu obligatoire la délivrance de certificats de santé lors des trois examens médicaux des enfants avant le huitième jour, au neuvième mois et au vingt-quatrième mois. Les informations fournies par le médecin qui établit le certificat médical sont destinées à la fois à l'alerte du service PMI sur des cas individuels et à la mise en œuvre de statistiques locales et nationales. Les certificats médicaux sont retournés sous pli confidentiel, aux services départementaux de la PMI par le médecin ayant établi le certificat. Ils sont ensuite transmis à la DREES pour une exploitation statistique des principaux indicateurs médicaux (poids, taille, âge gestationnel, césarienne, pathologies, couverture vaccinale,...) ou sociodémographiques (professions des parents, âge de la mère...).

Conseil départemental : avec la loi n° 2013-403 du 17 mai 2013 relative à l'élection des conseils départementaux (en remplacement de la précédente appellation de conseil général), le conseil départemental sera l'assemblée délibérante du département en tant que collectivité territoriale. Les conseillers départementaux seront élus pour six ans, les prochaines élections départementales auront lieu en 2015. Depuis la loi de décentralisation de 1982, le conseil départemental règle par ses délibérations les affaires du département, en particulier la création des services publics départementaux, la gestion des biens du département et son budget. La protection maternelle et infantile est une compétence du département.

Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) : La commission nationale de la naissance a été créée en 2009 suite au plan périnatalité 2005-2007. Elle a contribué à suivre la mise en œuvre des différentes mesures de ce plan durant son premier mandat, en fonctionnant à la fois comme un comité de suivi des différentes mesures et comme un lieu d'échanges et de propositions. La Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant a été installée le 22 mars 2011 et comprend des compétences élargies par rapport à la précédente commission. Elle regroupe des représentants des usagers et des professionnels de la naissance afin d'apporter leur concours et leur expertise à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques en matière de périnatalité et de santé de l'enfant.

Commissions régionales de la naissance (CRN) : Ces commissions consultatives ont été instituées dans chaque région et placées auprès des agences régionales de santé (ARS) afin de contribuer à la définition et à la mise en œuvre de la politique périnatale des différents acteurs locaux.

Délégation d'acte et une nouvelle forme de répartition des tâches et de coopération entre professionnels de santé. Elle s'inscrit dans la problématique générale de l'amélioration de l'organisation des soins. L'objectif est d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients. L'évolution des pratiques grâce aux nouvelles formes de coopération représente un élément d'attractivité des professions. Pour les médecins, elles peuvent contribuer à améliorer les conditions d'exercice, en développant l'exercice pluri-professionnel et pour les autres

professions de santé elles permettent l'accroissement des missions et la reconnaissance de l'évolution des compétences. Deux types de coopérations peuvent être mises en œuvre, celles liées à la réalisation d'actes bien identifiés et pouvant être décrits précisément dans le cadre de protocoles (dans une logique de substitution) et celles ressortissant à une évolution des modalités de prise en charge, comme les coopérations dans le cadre d'un parcours de soin (dans une logique de diversification). Les délégations d'actes existent dans le cadre d'expérimentation et feront l'objet d'une adaptation du cadre juridique (formation, révision des nomenclatures d'actes).

La démographie médicale des gynécologues est effectivement alarmante, mais celle des pédiatres et des médecins généralistes dans certains territoires également. La France compte 1 513 gynécologues en 2014, leur moyenne d'âge est de 60 ans (Conseil national de l'ordre des médecins). En 2010, ils étaient 1 650 gynécologues médicaux et 700 gynécologues chirurgicaux et obstétriciens (médecins libéraux de moins de 65 ans, Assurance maladie). Leur nombre a baissé de 30,5 % en 2014 par rapport à 2013. Ces baisses sont encore plus marquées dans des régions comme l'Alsace – 46,6 % ou le Limousin – 40,9 %. Leur moyenne d'âge est de 60 ans. Les pédiatres étaient 700 en 2010 et des médecins généralistes 6 000. Facteur aggravant, la part des médecins salariés, à temps plein ou à temps partiel, devrait décroître en 2020. Or 82 % des nouvelles installations se font en secteur à honoraires libres.

Dématérialisation de la transmission des certificats de santé : les trois certificats de santé de l'enfant, établis au huitième jour de vie (CS8), au neuvième mois et au vingt-quatrième mois, sont adressés par l'établissement de santé ou le médecin qui les remplit, au service de protection maternelle et infantile (PMI) du département de domiciliation des parents. Leur mise à disposition s'effectue par le biais d'une plate-forme de routage des certificats facilitant les échanges au format standard.

DREES : Direction de la recherche des études, de l'évaluation et de la statistique du Ministère des affaires sociales et de la santé. Dans le cadre de l'enquête sur l'aide sociale auprès des conseils généraux, la Drees recueille chaque année des données sur les personnels et activités des services de PMI, les établissements et services d'accueil de la petite enfance (accueil collectif, familial, assistantes maternelles), ainsi que sur la formation, le contrôle et l'accompagnement des assistantes maternelles.

ELFE : L'Étude longitudinale française depuis l'enfance est réalisée en partenariat par l'Ined, l'Inserm, l'InVS, l'Insee, la DGS, la DGPR, la Drees et la CNAF. Mme Corinne Bois, unité mixte Ined-Inserm-EFS a été auditionnée devant la section des affaires sociales et de la santé du CESE le 18 juin 2014.

Etablissements d'accueil des jeunes enfants (EAJE) : Les EAJE accueillent collectivement des enfants de moins de 6 ans. Ils doivent être agréés par la PMI. Ils sont financés en partie par les caisses d'allocations familiales qui versent une aide au fonctionnement.

Enregistrement des naissances : en France la limite basse d'enregistrement est de 22 semaines d'aménorrhée ou un poids de 500 grammes ; en Belgique elle est de 180 jours, de 24 semaines aux Pays-Bas ainsi qu'au Royaume Uni (Service des études juridiques du Sénat, n° 184 avril 2008, les enfants nés sans vie.)

Euro-Péristat : enquête internationale comparant les résultats de 27 pays de l'Union européenne (ensemble des Etats de l'Union européenne à l'exception de la Croatie), financée par l'EU Public Health Programme. Son objectif est de développer un système d'information pour surveiller la santé périnatale en Europe à partir d'indicateurs valides et fiables.

Institut de recherche et documentation en économie de santé (IRDES) : Cette association productrice de données et d'analyses en économie de la santé a pour objectif de contribuer à nourrir la réflexion de tous ceux qui s'intéressent à l'avenir du système de santé.

Maison de naissance : La loi du 6 décembre 2013 autorise l'expérimentation des maisons de naissance. Son article 1er pose le principe et les conditions de l'expérimentation, ainsi que la définition des maisons de naissance où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse. La maison de naissance doit être attenante à une structure autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention. L'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de cette structure. L'évaluation de l'expérimentation donnera lieu à l'établissement d'un rapport du Gouvernement au Parlement un an avant le terme des autorisations de fonctionnement.

Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) : cette association est un organisme indépendant qui a pour objet d'apporter son concours aux différents acteurs publics pour une meilleure connaissance des publics en difficulté et des moyens mobilisés, et notamment d'analyser les dispositifs et les pratiques mis en œuvre pour répondre aux besoins sociaux. Elle regroupe notamment la quasi-totalité des départements, des grandes villes et villes moyennes ainsi que la plupart des organismes de protection sociale.

Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) : Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. En application de l'article L6112-6 du code de la santé publique, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Profession intermédiaire est une catégorie socioprofessionnelle agrégée de l'Insee. L'appellation « professions intermédiaires » est une catégorie de la nomenclature des professions qui regroupe les personnes ayant une position intermédiaire entre les cadres et les agents d'exécution, ou travaillent dans l'enseignement, la santé et le travail social (parmi eux, les instituteurs, les infirmières, les assistantes sociales).

Professions médicales : sont les seuls professionnels pouvant exercer des actes médicaux (à compétence définie) et ayant le droit de prescription. Elles sont définies par le code de la santé publique à l'article L.4111-1 et regroupent les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, vétérinaires et pharmaciens (droit de substitution). Les auxiliaires médicaux sont définis par le livre III du code de la santé publique et regroupent les infirmiers, psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes. Les infirmiers peuvent sous certaines conditions recevoir des délégations d'actes médicaux. Les autres professionnels présents au sein des services de PMI ne sont pas des professionnels de la santé : aide médico-psychologique, psychologues, assistants de service social.

Programme d'accompagnement au retour à domicile des femmes ayant accouché (PRADO) : Mis en place par l'assurance maladie, ce dispositif prévoit un accompagnement personnalisé à domicile par une sage-femme à la sortie de maternité dès que l'hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe médicale.

Relais d'Assistantes Maternelles (RAM) : Les relais assistantes maternelles sont des lieux d'information, de rencontre et d'échange au service des parents, des assistantes maternelles et des professionnels de la petite enfance. Le gestionnaire peut être une collectivité territoriale (commune, communauté de communes), un centre communal ou intercommunal d'action sociale, une association, une mutuelle,... Les RAM sont animés par des professionnels de la petite enfance. Les parents et les futurs parents peuvent y recevoir gratui-

tement des conseils et des informations sur l'ensemble des modes d'accueil. Ils apportent aux assistant(e)s maternelles un soutien et un accompagnement dans leur pratique quotidienne en leur donnant la possibilité de se rencontrer et d'échanger leurs expériences. Les ateliers éducatifs (ateliers de musique, activités manuelles,...) proposés constituent des temps d'éveil et de socialisation pour les enfants accueillis par des assistantes maternelles. La caisse d'Allocations familiales et, le cas échéant, la caisse de Mutualité sociale agricole participent au financement des RAM en versant au gestionnaire une aide destinée à couvrir une partie des frais de fonctionnement.

Schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) : Créés par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires, les schémas régionaux d'organisation des soins constituent un outil opérationnel de mise en œuvre des plans stratégiques régionaux de santé, qui comportent notamment l'évaluation des besoins de santé, de l'offre de soins et la détermination des orientations stratégiques de la région en matière de santé. Le SROS a pour objectif de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin qu'elle réponde aux besoins de la population et garantisse l'amélioration de l'état de santé, et la réduction des inégalités d'accès aux soins.

Score d'Apgar : test d'évaluation de la vitalité d'un nouveau-né au moment de sa naissance, noté de 0 à 10, développé en 1952 par le médecin américain Virginia Apgar.

Taux de césarienne reste stable et concerne 21 % des accouchements en 2010, au 7^e rang européen. Ce taux apparaît toutefois élevé. Selon une étude de la Drees de 2010, le seuil « raisonnable » de recours aux césariennes devrait être de 15 % et 90 % des maternités françaises ont un taux supérieur à celui-ci. Il est variable selon les régions (il était de 23 % à Paris et dans le Sud, est de 16,8 % dans la région Centre, Basse et Haute-Normandie). 81 % des femmes accouchent avec une péridurale ou une rachianesthésie.

Annexe n° 4 : liste des sigles

ARS	Agence régionale de santé
CMU-C	Couverture maladie universelle-complémentaire
CNNSE	Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CRN	Commission régionale de la naissance
DREES	Direction de la recherche des études, de l'évaluation et de la statistique
EAJE	Établissements d'accueil des jeunes enfants
INPES	Institut national de prévention pour la santé
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de santé
ODAS	Observatoire national de l'action sociale décentralisée
PASS	Permanences d'accès aux soins de santé
PMI	Protection maternelle infantile
PRADO	Programme d'accompagnement au retour à domicile des femmes ayant accouché
RAM	Relais d'Assistantes Maternelles
ROR	Vaccin rougeole-oreillon-rubéole
SROS	Schémas régionaux d'organisation des soins
UNAF	union nationale des associations familiales

Annexe n° 5 : liste bibliographique

- Béatrice Blondel et Morgane Kermarrec, *La situation périnatale en France en 2010, Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale*, Drees, Etudes et résultats, n° 775, octobre 2011.
- François Beck, Jean-Baptiste Richard, Agnès Dumas, Laurence Simmat-Durand, Stéphanie Vandentorren, « Enquête sur la consommation de substances psychoactives des femmes enceintes », *La santé en action*, INPES, mars 2013.
- Pierre Moisset « La PMI à l'épreuve des différences sociales », Suesser, Pierre (dir.), *Quelle PMI demain ? Dans le nouveau paysage de la santé et des collectivités locales*, Paris Erès éditions, 2012
- Anne-Lise Bolot, Frédéric Mauny, Catherine Monnet, *Déclaration tardive de grossesse : Etude éco-épidémiologique des déterminants individuels et environnementaux*, CHU de Besançon et Université de Franche-Comté, 2010
- La mortalité infantile dans les départements français d'outre-mer (2000-2008)*, Drees, Études et résultats, N° 808, septembre 2012.
- Jean-Claude Etienne, Christian Corne, *Les enjeux de la prévention en matière de santé*, avis du CESE, 2012.
- Bruno Palier, *la stratégie d'investissement social*, étude du CESE, 2014.
- Christel Prado, *le coût économique et social de l'autisme*, avis du CESE octobre 2012
- Christel Prado, *Mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap, un défi, une nécessité*, juin 2014.
- Bernard Capdeville, *les évolutions contemporaines de la famille et leurs conséquences en matière de politiques publiques*, avis du CESE, novembre 2013
- IGAS, *Développement de la garde d'enfants*, 2008.
- Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité*, Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, 2013.
- Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement* », Drees, Études et résultats, n°660, septembre 2008.
- Enquête périnatalité, « *Regards de femmes sur leur maternité* », Nicolas Brun, coordonnateur du pôle protection sociale et Santé / UNAF, 2010.
- Etude sur la protection maternelle et infantile en France*, rapport de synthèse et rapports de site, IGAS, novembre 2006.
- Insertion au rapport public annuel 2012 sur la politique de périnatalité*, Cour des comptes.
- La carte intercommunale au 1^{er} janvier 2014*, Bulletin d'information statistique de la DGCL, n°98, janvier 2014.
- Évaluation du plan global 2005-2007 de lutte contre les violences faites aux femmes – 10 mesures pour l'autonomie des femmes*, Marie-Grâce Lux, Colette Horel, Membre de l'Inspection générale de l'Administration, Christine Rostand, Philippe Mouchard, Membre de l'Inspection générale des services judiciaires, Docteur Patricia Vienne, membre de l'Inspection générale des affaires sociales, 2008.
- Recommandation de bonne pratique, sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés* – HAS – mars 2014.
- Conseil national de l'ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale en France*, situation, au 1^{er} janvier 2014.
- Drees, *La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs*, n° 791, mars 2012.

Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), février 2011).
Enquête biennale sur la santé et la protection sociale, Institut de recherche et documentation
en économie de santé (IRDES), juin 2014).
Les revenus et le patrimoine des ménages, Insee, 2014.



Dernières publications de la section des affaires sociales et de la santé

- *Mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap : un défi, une nécessité*
- *Projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement*
- *La stratégie d'investissement social*
- *Les évolutions contemporaines de la famille et leurs conséquences en matière de politiques publiques*
- *Suicide : plaidoyer pour une prévention active*
- *Le coût économique et social de l'autisme*
- *Droits formels/droits réels : améliorer le recours aux droits sociaux des jeunes*

LES DERNIÈRES PUBLICATIONS DU CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL (CESE)

- *L'influence de la France sur la scène européenne et internationale par la promotion du droit continental*
- *L'apport économique des politiques de diversité à la performance de l'entreprise : le cas des jeunes diplômés d'origine étrangère*
- *La saisonnalité dans les filières agricoles, halieutiques et agroalimentaires : une réalité méconnue aux enjeux pourtant importants*
- *Projet de loi de programmation pour un nouveau modèle énergétique français*
- *Mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap : un défi, une nécessité*
- *Conséquences économiques, financières et sociales de l'économie non déclarée*

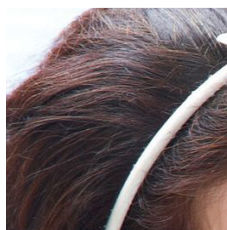
**Retrouvez l'intégralité
de nos travaux sur
www.lecese.fr**

Imprimé par la direction de l'information légale et administrative, 26, rue Desaix, Paris (15^e)
d'après les documents fournis par le Conseil économique, social et environnemental

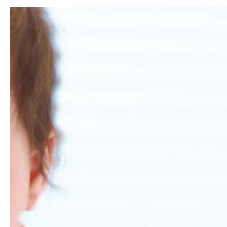
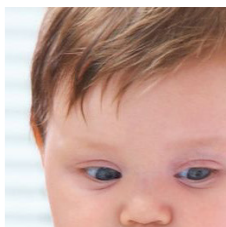
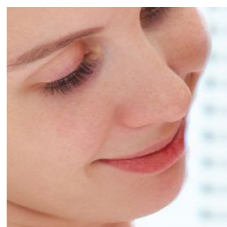
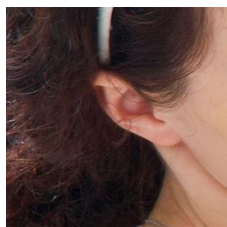
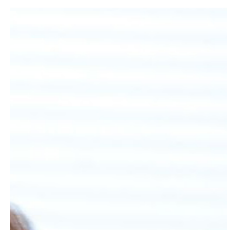
N° de série : 411140021-001014 – Dépôt légal : octobre 2014

Crédit photo : 123RF

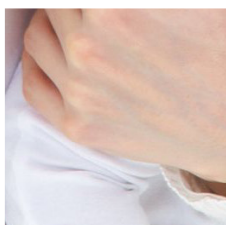
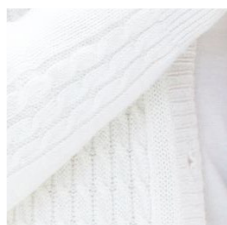
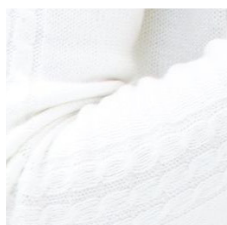




LES **AVIS**
DU CONSEIL
ÉCONOMIQUE,
SOCIAL ET
ENVIRONNEMENTAL



La PMI est un acteur important du suivi des femmes enceintes et des enfants de moins de six ans. Structure pionnière, décentralisée, elle propose un mode de prise en charge de proximité, pluridisciplinaire et axé sur la prévention. Elle a donc plus que jamais sa place dans le service public territorial de santé au public. Pour atteindre cet objectif, il faut toutefois clarifier ses missions et sa gouvernance, favoriser l'attractivité de ses métiers, lui donner les moyens de jouer son rôle dans la coordination des parcours des parents et des enfants de moins de six ans. Pour le CESE, la PMI a besoin de s'inscrire dans une véritable stratégie : le projet de loi relatif à la santé mais aussi la réforme du cadre territorial doivent y contribuer.



CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL
ET ENVIRONNEMENTAL
9, place d'Iéna
75775 Paris Cedex 16
Tél. : 01 44 43 60 00
www.lecese.fr

N° 41114-0021 prix : 13,70 €

ISSN 0767-4538 ISBN 978-2-11-120944-2



9 782111 209442



Diffusion
Direction de l'information
légale et administrative
Les éditions des Journaux officiels
tél. : 01 40 15 70 10
www.ladocumentationfrancaise.fr