



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

Situation du dispositif de PMI : de multiples atouts, de nombreuses raisons d'alerter, des propositions pour l'avenir

La PMI, un service public de prévention et de promotion de la santé de l'enfant, de la famille, des femmes et des jeunes

Missions et principes directeurs du dispositif de PMI

Le code de la santé publique énonce l'ensemble des missions de la PMI (articles L.2112-1 et L.2112-2) : il s'agit notamment de consultations médicales préventives (en direction des femmes enceintes, des enfants de la naissance à 6 ans, des femmes et des jeunes dans le cadre de la planification familiale), de visites à domicile de puéricultrices et de sages-femmes, de bilans de santé en école maternelle, d'actions médico-sociales de soutien aux familles, d'activités de planification et d'éducation familiales, d'actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger, d'activités d'agrément et de contrôle des modes d'accueil de la petite enfance, du traitement d'informations épidémiologiques et en santé publique relatives à la maternité et à la petite enfance.

Dans ce cadre des principes directeurs caractérisent le dispositif de PMI : proximité, accessibilité, ancrage dans les milieux de vie, gratuité, pluridisciplinarité¹, approche globale médico-psycho-sociale, modalités d'actions variées², partenariat très diversifié, double compétence : santé publique – promotion de la santé et actions de santé individualisées ; la PMI est donc un service de santé avant tout, mais ayant de fortes proximités avec les politiques sociales et éducatives. La PMI s'adresse à tous, tout en portant une attention particulière pour des populations rencontrant des difficultés spécifiques (handicap, précarité sociale, isolement...) - notion d'« universalisme proportionné » comme le préconise l'IGAS, cf. le rapport *"Les inégalités de santé dans l'enfance"* (2011). Ces principes que le dispositif de PMI applique de très longue date pour la santé de l'enfant et de la famille convergent avec ceux qui sous-tendent la stratégie nationale de santé qui a pour maîtres mots : promotion de la santé et prévention, parcours de santé coordonné, prise en charge globale, coopération entre professionnels, action sur les déterminants de santé, lutte contre les inégalités sociales de santé

Les réalisations du dispositif de PMI sont avérées. Le Conseil économique, social et environnemental le confirme dans un rapport de 2014 : "Institution originale, pionnière d'un nouveau mode de prise en charge axé sur la prévention et la prise en compte des déterminants de santé, la PMI doit voir ses atouts valorisés et son avenir sécurisé"³. Le rapport 2017 du Défenseur des droits sur les droits de l'enfant soutient à son tour, à propos du dispositif de PMI et de planification familiale que : *"Parce qu'elle s'inscrit pleinement dans une démarche de prévention et de promotion de la santé, la PMI est un service indispensable à l'effectivité du droit à la santé de l'ensemble des enfants en France, en particulier des plus précaires, et constitue à cet égard un acteur incontournable de la démocratisation de l'accès aux soins"*.

¹ Médecins, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, sages-femmes, psychologues, conseillères conjugales, éducatrices de jeunes enfants, psychomotriciens, orthophonistes, diététiciens, secrétaires.

² Consultations, bilans de santé, accueils individuel ou de groupe, visites à domiciles par des puéricultrices et des sages-femmes, entretiens psychologiques, groupes de paroles, accueils parents-enfants, soutien à domicile par des techniciennes de l'intervention sociale et familiale, intervention dans les milieux de vie et de socialisation (modes d'accueil, écoles maternelles...), etc.

³ http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Fiches/2014/FI21_pmi.pdf

A l'actif par exemple, le bulletin épidémiologique hebdomadaire du ministère de la santé a noté à plusieurs reprises la place prépondérante prise par la PMI dans le dépistage du saturnisme infantile en France depuis 30 ans⁴. L'Inspection générale des affaires sociales rappelait également en 2011 que "la couverture vaccinale des élèves de ZEP contre la rougeole et l'hépatite B est meilleure que celle des élèves hors ZEP, sans doute du fait d'un recours plus important aux services de la protection maternelle et infantile"⁵.

Ceci sans oublier les multiples actions, dans le champ médico-psycho-social, que mènent les services de PMI et de planification familiale au quotidien pour promouvoir la santé des bébés et l'établissement des relations précoces avec leurs parents, la santé des jeunes, celles des mères et des familles : suivi et accompagnement de la grossesse - notamment auprès des femmes les plus éloignées du système de santé -, conseils de puériculture, soutien à la parentalité, suivi de la croissance et du développement de l'enfant, vaccinations, dépistages dont celui du handicap et orientation vers les services spécialisés, aide psychologique et sociale face aux difficultés habituelles ou aux troubles sévères du développement, recherche d'un mode d'accueil, prévention et prises en charge dans le champ de la protection de l'enfance, délivrance de la contraception, prévention et éducation pour la santé dans le champ de la sexualité, dépistage et traitement des IST, etc.

*Concrètement l'action préventive de la PMI*⁶, incluant la dimension médicale et de puériculture, s'inscrit dans :

- l'accompagnement de la vie quotidienne : qualité relationnelle lors du suivi de la grossesse, lors de la mise en place ou de renoncement à un allaitement maternel, lors de premières séparations vers un mode d'accueil ; prise en compte de questions apparemment bénignes de puériculture en mesurant les soubassements somatiques et psychologiques ; prévention des risques environnementaux et sociétaux pour le développement et l'épanouissement des jeunes enfants ; mise en place d'activités d'éveil culturel et artistique...

- le soutien face aux aléas de la vie ordinaire où un enfant peut se trouver perturbé lors d'une étape normale de son développement : sevrage, naissance d'un puiné...

- l'aide globale, incluant les versants psychologique et social, face aux accidents de la vie : situation de handicap ou de maladie chronique⁷, séparations-recompositions familiales, décès d'un membre de la famille, violences conjugales, pathologie mentale, addictions, situations de migration, multiples formes de précarisation des conditions de vie.

Le code de la santé publique s'est récemment enrichi de dispositions relatives au dispositif de protection maternelle et infantile en l'inscrivant dans la politique nationale de santé. Il précise notamment :

- ♦ que la politique nationale de santé comprend l'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile ;
- ♦ que les services de PMI contribuent à la politique nationale de santé ;
- ♦ que l'articulation des missions des médecins de PMI avec celles des futurs médecins traitants de l'enfant, dans le cadre du parcours de santé de l'enfant, s'exerce en bonne intelligence et dans le respect des compétences des médecins du service de PMI ;
- ♦ qu'un volet de la stratégie nationale de santé détermine les priorités de la politique de santé de l'enfant et qu'une des missions du Haut comité de santé publique est de contribuer à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée ;
- ♦ que des représentants des services de PMI sont associés aux conseils territoriaux de santé et que les professionnels de PMI, en tant qu'acteurs des soins de premier recours, sont appelés à participer aux communautés professionnelles territoriales de santé ;

⁴ cf. Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) 2008/44 et 2010/44

⁵ Inspection générale des affaires sociales. Alain Lopez, Françoise Schaezel, Marguerite Moleux et Claire Scotton. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance*. Rapport RM2011-065P, mai 2011

⁶ Selon les trois registres de la « prévention en rhizome » développé par S. Giampino et C. Vidal dans leur ouvrage *Nos enfants sous haute surveillance* (Albin Michel 2009)

⁷ Il s'agit notamment de l'obésité, du diabète, de l'asthme, de la drépanocytose, du SAF, du suivi à long terme des séquelles d'affections survenues en période périnatale, etc.

- ♦ qu'une coordination est établie concernant les actions conduites dans le cadre de la PMI et les missions menées dans les écoles du premier degré ;
- ♦ que l'orientation vers un centre de planification familiale peut être proposée par l'infirmier-e scolaire qui a fourni une contraception d'urgence à une élève ;

Les services du ministère de la santé et des affaires sociales ont produit deux rapports sur la PMI (rapport DGS de 2014⁸ et rapport DGCS de 2016⁹) qui confirment l'apport du dispositif de PMI à la promotion de la santé des enfants et des familles et qui émettent des propositions pour le pérenniser et le renforcer.

Un dispositif de PMI aujourd'hui fragilisé

Malgré les atouts de la PMI, force est de constater que :

➔ **Le dispositif de PMI a fait face depuis 30 ans à une tension** entre l'existence d'une législation nationale très précise et celle d'un cadre d'application décentralisé et confié aux départements, sans politique nationale incitative ou régulatrice jusqu'à la période récente. Cela s'est traduit par autant de politiques de PMI que de départements, il n'y a plus eu de politique globale nationale de santé de l'enfant, des jeunes, des familles et l'Etat n'a plus impulsé ni régulé les orientations de PMI et leur mise en œuvre.

➔ **Les services de PMI sont fragilisés dans de nombreux départements** : beaucoup de consultations de nourrissons et de femmes enceintes ou de planification familiale, de bilans de santé en maternelle sont supprimés ; sinon les délais de rendez-vous s'allongent, le suivi d'enfants après 2 ans se restreint, les visites à domicile en pré et post-natal se raréfient. On ne compte plus les postes vacants, s'agissant notamment des médecins. Ceci, dans un contexte d'aggravation de la précarité sociale, d'évolution des structures familiales et d'isolement grandissant de nombreuses familles. A quoi il convient d'ajouter : la dégradation des conditions de travail des personnels, l'usure professionnelle et surtout les moyens, en personnel mais pas seulement, qui se réduisent, même dans les départements les mieux dotés : restrictions dans l'utilisation des interprètes alors même que la barrière linguistique est un obstacle reconnu à l'efficacité et à la qualité des soins ; restrictions dans les prises en charge sur le budget PMI des examens prénataux pour les nombreuses femmes enceintes sans protection sociale ; restrictions dans les prises en charge d'aides à domicile de T.I.S.F. et d'A.V.S.

➔ **Le périmètre de la PMI est réduit dans un nombre croissant de départements à certaines missions** (protection de l'enfance, modes d'accueil) en délaissant le champ global de la prévention, les équipes de PMI sont souvent dispersées unité territoriale par unité territoriale sans aucune coordination en tant que service départemental de PMI. Sans parler des missions de planification familiale bien souvent ignorées des conseils départementaux.

➔ **Un service au public insuffisant et très inégalement réparti**, les normes minimales conçues pour le garantir sont très diversement respectées : en 2004, 48% des départements se situaient sous les normes en matières de consultations, 22% sous les normes pour les personnels puéricultrices et sages-femmes (2006 - étude sur la PMI en France, IGAS).

La Cour des Comptes estimait aussi (rapport 2012) que la "couverture des services de PMI est inégale": en 2009, 40 départements se situent sous les normes de consultations prénatales, 56 départements sous les normes pour les consultations infantiles. On observe des écarts pour les taux de sages-femmes PMI allant de 1 à 17, pour les puéricultrices de 1 à 3,5. Egalement de fortes disparités concernant les taux de médecins : 66 ETP pour 100 000 naissances dans le Finistère pour 980 ETP en Seine-St-Denis (rapport de 1 à 15).

⁸ Rapport de la DGS "Evolution de la protection maternelle et infantile" du 31 octobre 2014 : http://www.assureravenirpmi.org/Doc/Rapport_DGS_PMI_31oct2014.pdf

⁹ Rapport de la DGCS "Protection maternelle et infantile, soutien à la fonction parentale, protection de l'enfance et modes d'accueil" : http://www.assureravenirpmi.org/Doc/Rapport%20PMI_DGCS_mai2016.pdf

➔ **Eléments d'évolution des capacités d'action du dispositif PMI, quelques exemples :**

	Nb de séances de protection infantiles - France métropolitaine	Nombre de points de consultations infantiles	Nb de départements ne respectant pas la norme réglementaire de consultations infantiles
1985		6527 ⁽¹⁾	
1992	261 000 ⁽¹⁾	5721 ⁽¹⁾	
1995			58 ⁽²⁾
2004	221 628 ⁽³⁾		47 ⁽³⁾
2009			56 ⁽⁴⁾
2011		4279 ⁽⁵⁾	

⁽¹⁾ Documents statistiques n°233 (SESI - oct 1995)

⁽²⁾ Documents statistiques n°303 (SESI - avril 1998)

⁽³⁾ Rapport IGAS : Etude sur la protection maternelle et infantile en France (2006)

⁽⁴⁾ Cour des Comptes : Rapport public annuel 2012 - février 2012

⁽⁵⁾ DREES : http://data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,18,73,74

Entre 2009 et 2011, en seulement 2 ans, les 20 départements employant le plus de médecins (62% du total des médecins) ont perdu 11% de leurs effectifs médicaux (source : DREES). Plus globalement le nombre de médecins de PMI (en ETP) qui était de 2350 en 2009¹⁰ est passé à 2010 en 2013¹¹.

Un exemple éclairant des conséquences de cette baisse de la démographie médicale en PMI, celui du service de PMI de la Seine-Saint-Denis : en 2000 il réalisait 292 500 actes médicaux auprès des enfants de 0 à 6 ans, en 2008 cette activité était mesurée à 237 000 pour chuter à 171 500 en 2016 (soit une baisse totale de 42%). Ceci alors que le nombre de naissances y est passé de 23 000 à 30 000 dans les quinze ans.

➔ **Le financement est mal assuré** par l'Etat (pas de fléchage dans la DGD) : le budget global de fonctionnement consacré à la PMI était, selon l'IGAS, de 605 millions d'€ en 2005, à comparer aux 23 milliards d'€ affectés en 2004 par les départements à leurs dépenses d'action sociale et aux 10 milliards d'€ consacrés à la prévention dans la dépense de santé (source DREES 2002). L'assurance-maladie, deuxième financeur des services de PMI, apporterait, selon l'IGAS, un dixième des ressources consacrées à la PMI (60 millions d'€ en 2004). L'actuelle convention CNAMTS-départements sur le financement des services de PMI par les CPAM prend essentiellement en compte le remboursement des actes des médecins¹² et sages-femmes. Par contre elle ne prévoit pas le financement d'autres activités avec un élargissement du remboursement à l'acte prenant en compte les actes des infirmières puéricultrices et avec l'attribution d'une part forfaitaire sur les actions de santé publique et de prévention collective¹³.

➔ **Les réformes successives des collectivités locales** laissent planer des incertitudes sur l'existence même des départements à terme, par voie de conséquence une grave incertitude sur le devenir des services PMI. Ceci accentue les difficultés de recrutement et la déstabilisation des personnels sur le terrain.

➔ **Les ARS** n'ont pas d'intervention directe sur les politiques et le financement de PMI, lesquels restent du ressort des Conseils départementaux : la globalité des compétences de la PMI n'est appréhendée ni par les Conseils départementaux (qui n'investissent souvent pas assez le domaine de la santé), ni par les ARS (qui n'ont pas de compétence sociale à proprement parler).

¹⁰ DREES : Document de travail Série Statistiques (N°163 - nov 2011)

¹¹ DREES : Document de travail Série Statistiques (N°199 - juillet 2016)

¹² Et ce parfois à minima, ainsi certaines CPAM refusent de rembourser les actes médicaux lors des bilans de santé en école maternelle

¹³ Il serait possible à ce titre de compléter le deuxième alinéa de l'article L. 2112-7 du CSP en prévoyant l'attribution par les organismes d'assurance maladie sur leur fonds d'action sanitaire et sociale de dotations contribuant notamment à l'exercice pluridisciplinaire des services de PMI et à la coordination des soins.

➔ **Le problème crucial de la démographie des professionnels de PMI** : concernant la Fonction publique territoriale, une étude du CNFPT¹⁴ prévoit que la part des titulaires au 31/12/2006 qui auront atteint l'âge moyen de départ en retraite en 2020 est de 66% pour les médecins, 47% pour les psychologues, 69% pour les sages-femmes, 43% pour les puéricultrices et 88% pour les puéricultrices cadres de santé.

➔ **La PMI se situe dans un contexte d'offre de soins en "crise"** : une offre de soins ambulatoire qui globalement se traduit par des difficultés croissantes d'accès aux soins (baisse de la démographie des pédiatres et gynécologues, et généralistes dans beaucoup de régions ou départements - campagnes, villes) et de plus en plus d'inégalités d'accès (dépassements d'honoraires), dans contexte hospitalier et ambulatoire de plus en plus tendu (urgences surbookées, sorties précoces de maternités, fermeture des petites maternités, manque criant de places dans les CMP, CAMPS, structures d'accueil liées au handicap...), sur fond de couverture maladie complémentaire de moins en moins accessible pour de très nombreuses familles et d'ouverture de droits de plus en plus lente pour les femmes enceintes...

Des chantiers urgents pour répondre aux difficultés du dispositif de PMI

Les services de PMI et de planification familiale, services publics de prévention et de promotion de la santé individuelle et collective, peuvent être une des chevilles ouvrières majeures de la politique de santé familiale et infantile, en phase avec la toute récente préconisation de la stratégie nationale de santé 2018-2022 visant à "Renforcer le réseau de la protection maternelle et infantile".

Pour cela nous proposons de :

♦ **Donner une assise réglementaire au Comité d'Animation Nationale des Actions de PMI (CANAPMI)**, mis en place en janvier 2017 en application de la loi de modernisation du système de santé (*"la politique nationale de santé comprend l'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile"*) et co-piloté par la DGS et l'ADF. Cette proposition fait l'objet d'une préconisation du Défenseur des droits dans son rapport 2017 sur les droits de l'enfant : *"Le Défenseur des droits salue la mise en place de cette instance et recommande que ses modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que ses objectifs soient précisés par voie réglementaire"*.

En effet cette instance a vocation à être le cadre d'une co-production de la politique de PMI, entre l'Etat et les départements, associant les principaux acteurs intéressés à cette politique.

Une telle coproduction pourrait par exemple viser à :

* définir des priorités nationales partagées pour les actions de PMI et de planification familiale, à partir notamment des orientations de la stratégie nationale de santé, dans ses volets enfant, jeunesse, maternité, ... et des besoins et demandes identifiées par les services et acteurs de PMI et par les usagers de ces services ;

* mutualiser les expériences des services de PMI et les diffuser, contribuer à l'analyse des données sur la santé familiale et infantile, sur la PMI et ses activités, collectées par la DREES ou d'autres producteurs (ORS, laboratoires de recherche universitaires...) et en diffuser les résultats, développer la recherche dans les champs d'action de la PMI et de la planification familiale;

* organiser une initiative nationale régulière de rencontre des professionnels et services de PMI (du type journées nationale et régionales de PMI) ;

* mener des travaux prospectifs à court et moyen terme sur les enjeux en termes de missions, et de moyens financiers et humains à leur consacrer ;

* développer la contribution de la PMI sur des thématiques concrètes telles que : la politique de vaccination, la prévention en pré et post-natal concernant les déterminants environnementaux nocifs pour la santé et le développement, la lutte contre les inégalités de santé et notamment contre les effets de la précarité des conditions de vie sur la santé des enfants et des familles, le handicap et les maladies chroniques, la prévention dans le domaine de la santé psychique et mentale, la santé sexuelle et la

¹⁴ CNFPT La démographie des personnels territoriaux au 31/12/2006, oct.2009

planification familiale, les parcours de prévention et de prise en charge suite à des dépistages (troubles sensoriels, retard ou difficultés de langage...), la coopération des professionnels en intra et extra services de PMI autour du parcours de suivi préventif de la femme enceinte et celui de l'enfant, etc. Toutes thématiques qui croisent largement les quatre problématiques évoquées par le Haut Comité de Santé Publique dans son document sur la Stratégie Nationale de Santé : les risques sanitaires liés à l'augmentation prévisible de l'exposition aux polluants et aux toxiques, l'exposition de la population aux risques infectieux, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et ses conséquences, l'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétales.

Nos propositions entrent donc en écho direct avec la démarche développée par le Haut Comité de Santé Publique dans son rapport sur la future stratégie nationale de santé, publié le 18/9/2017, tant en termes de problématiques de santé à prendre en compte que de principes et d'axes d'action à développer.

♦ **Travailler sur les enjeux de financement** notamment :

- Avec la Direction générale de la santé et la Direction générale de l'offre de soins **pour instaurer un fonds de financement fléché vers les services de PMI**, en s'appuyant sur l'orientation de fonds de l'ONDAM vers la prévention : ceci constituerait un puissant levier pour conduire les collectivités en charge opérationnelle de la PMI à en assumer pleinement les missions, parallèlement à la co-construction de cette politique publique évoquée précédemment (ce fonds pourrait notamment inclure l'application à la PMI des modalités de financement prévus dans le cadre de la coordination et de la continuité des soins, en amendant notamment dans ce sens les articles L. 1435-3 et 4 et L6323-5 du code de la santé publique relatifs à la contractualisation avec les offreurs de services de santé et aux dotations de financement des services de santé¹⁵). Notre demande d'instaurer un fonds de financement fléché vers les services de PMI fait écho à la proposition du HCSP dans sa contribution sur la SNS de *"Prévoir une structuration et un financement de l'effort de prévention à la hauteur des ambitions, notamment via la création d'un fonds spécifique pour la promotion de la santé dédié à l'accompagnement et à l'intervention, à la formation et la recherche."* De même dans son rapport 2017 sur les droits de l'enfant *"... le Défenseur des droits attend une mobilisation effective des pouvoirs public, qui doit se traduire par une inscription, dans la stratégie nationale de santé, des missions et objectifs de la PMI et de la médecine scolaire, ainsi que des moyens nécessaires à leur exercice."*

- Avec la Direction de la sécurité sociale et la CNAMTS sur des modalités nouvelles de financement par les organismes d'assurance maladie : remboursement à l'acte avec la prise en compte des actes des infirmières puéricultrices et avec la nécessité d'ouvrir un chantier concernant la valorisation financière des actes des psychologues, dotation forfaitaire sur les actions de santé publique et de prévention collective¹⁶.

- Avec la Direction générale de la cohésion sociale sur la piste d'une participation des CAF au financement des actions de la PMI portant sur leur mission concernant les modes d'accueil.

♦ **Travailler sur les enjeux de démographie des professionnels de santé, de statut et de rémunération** pour donner corps à la préconisation de stratégie nationale de santé 2018-2022 *"Améliorer l'attractivité des statuts et des conditions d'exercice des professionnels de santé de protection maternelle et infantile et de médecine scolaire"* :

- Revaloriser les statuts et salaires des professionnels de PMI au niveau de leurs homologues du curatif, notamment en alignant la grille des médecins territoriaux sur celle des praticiens hospitaliers dans le cadre d'un statut de praticien de santé publique et de prévention regroupant les médecins territoriaux, les médecins de l'éducation nationale et les médecins inspecteurs de santé publique.

- Inclure les enjeux de formation et de curriculum des métiers exerçant en PMI (notamment former à la prévention en santé familiale et infantile et faire connaître la PMI pendant les cursus au cours des spécialités de pédiatrie, gynécologie, santé publique, médecine générale).

¹⁵ Financement pluriannuel de programmes coopératifs en prévention et santé publique, contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins et dotations contribuant à financer l'exercice coordonné des soins.

¹⁶ Proposition de compléter le deuxième alinéa de l'article L. 2112-7 du CSP en prévoyant l'attribution par les organismes d'assurance maladie sur leur fonds d'action sanitaire et sociale de dotations contribuant notamment à l'exercice pluridisciplinaire des services de PMI et à la coordination des soins.

Il s'agit ici de reprendre les travaux de 2014¹⁷ avec les directions concernées du ministère des solidarités et de la santé, en lien avec les ministères de la fonction publique et de l'enseignement supérieur.

♦ **Stabiliser le cadre institutionnel des services de PMI** : "sanctuariser" l'existence de services de PMI et planification familiale en charge des missions inscrites au code de la santé publique dans l'éventualité d'évolutions institutionnelles des collectivités locales.

♦ **Développer la recherche sur les enjeux de prévention et promotion de la santé** dans le champ de la PMI.

¹⁷ Rapport de la DGS « Evolution de la protection maternelle et infantile » du 31 octobre 2014 : http://www.assureravenirpmi.org/Doc/Rapport_DGS_PMI_31oct2014.pdf