

POUR SAUVER LA PMI,
AGISSONS MAINTENANT !



Rapport présenté par
Madame Michèle Peyron, députée

avec le concours de

Bénédicte Jacquey-Vazquez (Igas)
Dr Pierre Loulergue (Igas)
Cécile Poissy (collaboratrice parlementaire)

- Mars 2019-

REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord remercier le Premier ministre, Edouard PHILIPPE, et la Ministre des solidarités et de la santé, Agnès BUZYN, de m'avoir accordé leur confiance pour mener cette mission importante et nécessaire.

Ce rapport est le résultat de nombreux déplacements et auditions. Je souhaite souligner les échanges très constructifs avec l'Assemblée des Départements de France en la personne du Président Frédéric BIERRY, Vice-Président de l'ADF, mais aussi tous les Présidents, Vice-Présidents et Elus départementaux qui ont accueilli la mission et que j'ai eu l'honneur de rencontrer lors de mes déplacements ou auditions.

Je remercie aussi toutes les personnes que nous avons pu auditionner à Paris, pour les apports conséquents à nos réflexions.

Un grand merci à toutes les personnes qui nous ont accueillis au cours de nos déplacements, pour leur contribution, leur abnégation et de nous avoir fait partager l'amour de leurs métiers. Nous y avons été très sensibles.

Je souhaite aussi saluer Olivier NOBLECOURT et la Délégation Interministérielle contre la pauvreté avec qui nous avons pu collaborer étroitement.

Ce rapport n'aurait pas pu voir le jour sans l'immense travail de « mes » IGAS, Bénédicte JACQUEY-VAZQUEZ et Pierre LOULERGUE, et de ma fidèle collaboratrice Cécile POISSY. Cette mission a été rythmée par des moments de travail mais toujours avec beaucoup de sympathie et d'humour qui aura rendu l'expérience encore plus passionnante.

SYNTHESE

Par lettre de mission datée du 26 juillet 2018, le Premier ministre a confié à Madame Michèle Peyron, députée de Seine-et-Marne, une mission sur la protection maternelle et infantile (PMI).

Deux membres de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ont été désignés en appui, Madame Bénédicte Jacquey-Vazquez et Monsieur le docteur Pierre Loulergue.

La mission s'est rendue dans quatorze départements¹ et a organisé une cinquantaine d'auditions et de réunions. Elle s'est également appuyée sur plusieurs rapports publics, sur des articles scientifiques, et sur les résultats de travaux de recherche conduits notamment sous l'égide de l'INSERM-INED et de Santé Publique France.

Le constat qui ressort à l'issue des six mois de travail de la mission est celui d'une crise majeure de la protection maternelle et infantile dans notre pays.

Décentralisée depuis 1983, à la croisée du sanitaire et du social, la PMI, dont les missions sont définies par le Code de la santé Publique (CSP), mobilise au sein des départements des effectifs pluridisciplinaires (médecins, infirmières puéricultrices, sages-femmes, psychologues...) à hauteur de 10 000 Equivalent Temps Plein (ETP). La plus-value de la PMI réside dans une triple accessibilité géographique (plus de 5000 points de consultation), financière (gratuité) et administrative (absence de formalités, accueil inconditionnel, capacité à « aller vers » à travers les visites à domicile).

La dépense annuelle de PMI, mal appréhendée par la statistique nationale, peut être estimée à environ 500 M€, soit 1 % des dépenses sociales des conseils départementaux.

Les disparités territoriales, qui préexistaient à la décentralisation, sont toujours très marquées, avec une dépense annuelle par habitant [0-6 ans] variant de moins de 1 € à plus de 300 € selon les départements (moyenne à 33 € - source : DGCL - comptes de gestion 2017 des départements).

Alors que l'efficacité de la prévention précoce est bien établie scientifiquement et que la PMI constitue un levier de prévention adapté pour réduire les inégalités sociales de santé, cette politique publique est confrontée depuis le début des années 2000 à une combinaison de facteurs défavorables :

- la PMI a été négligée par l'Etat et par l'Assurance Maladie, qui ne l'ont pas investie d'objectifs explicites en termes de taux de couverture depuis la décentralisation ; il a manqué une vision stratégique commune entre les pouvoirs publics et une fonction d'animation et de régulation ;
- l'Assurance Maladie ne finance la PMI que de manière marginale (35 M€) alors qu'il s'agit d'une politique sanitaire préventive avec un fort retour sur investissement en terme de gestion du risque ;
- la PMI a longtemps été dépourvue d'une tête de réseau nationale pour se faire entendre, jusqu'à la constitution récente de la plate-forme « Assurer l'Avenir de la PMI » ;

¹ Alpes de Haute-Provence (04), Côtes d'Armor (22), Haute-Garonne (31), Ille-et-Vilaine (35), Meurthe-et-Moselle (54), Pas-de-Calais (62), Métropole de Lyon (69), Paris (75), Seine-et-Marne (77), Yvelines (78), Var (83), Essonne (91), Seine-Saint-Denis (93), La Réunion (995). Des élus de la Loire-Atlantique et de la Mayenne ont également été auditionnés.

- le financement local de la PMI par les départements s'est fait au fil de l'eau, de manière inégale, et parfois insuffisante, la PMI étant, faute de financement fléché, en concurrence avec des dépenses obligatoires très dynamiques, notamment les allocations individuelles de solidarité ; la tendance qui se dégage – avec de fortes disparités locales – est celle d'une érosion des moyens de la PMI de l'ordre de -25 % en 10 ans ;
- confrontée à un déficit croissant de médecins, la PMI a vu ses missions législatives non sanitaires s'accumuler, ce qui a conduit à réduire les moyens dévolus à la prévention alors même que les évolutions sociétales en cours auraient plutôt nécessité de les renforcer (demande accrue de soutien à la parentalité, augmentation de la pauvreté, augmentation des troubles du comportement, familles migrantes sans couverture sociale etc.).

Il en résulte un rétrécissement marqué de l'activité sanitaire de la PMI en direction des publics fragiles :

- en 1995, près de 900 000 enfants avaient été vus en consultation de PMI, représentant 2,7 millions d'examen ; en 2016, l'activité ne s'élève plus qu'à 550 000 consultants (1,49 million d'examen), soit une baisse de -45 %, et se concentre sur la tranche des 0-2 ans alors que la PMI est compétente jusqu'à 6 ans ;
- les visites à domicile infantiles par des infirmières puéricultrices ont vu leur nombre presque divisé par 2 en 25 ans (1 million en 1991, 580 000 en 2016) ;
- les visites à domicile maternelles par des sages-femmes de PMI ont également baissé (264 000 en 1995, 188 000 en 2016) ;
- la PMI couvre environ 6 % des besoins en termes d'entretien prénatal précoce ;
- le bilan de santé en école maternelle se maintient avec un taux de couverture national de 70 % mais des écarts de 10 % à 98 % selon les départements.

Grâce à un questionnaire détaillé adressé aux départements visités, la mission a constaté que 20 % à 30 % des effectifs des PMI étaient consacrés aux missions relatives aux modes de garde (agrément des assistantes maternelles, contrôle et suivi des professionnelles agréées, instruction des projets d'ouverture d'établissements d'accueil du jeune enfant, contrôle et suivi des structures ouvertes). De plus, une partie croissante des visites à domicile infantiles de la PMI se fait à la demande de l'aide sociale à l'enfance, dans le cadre d'informations préoccupantes. Ces visites relevant de l'urgence sociale tendent à se substituer aux visites de prévention « prévenante » et fragilisent le lien de confiance entre la PMI et les familles. Cette gestion des informations préoccupantes absorbe environ 10 % du temps des équipes.

Au total, 30 % à 40 % des moyens humains sont donc « dérivés » du cœur de métier préventif de la PMI, obligeant les équipes à pratiquer un hyper-ciblage sur les publics les plus vulnérables et les enfants les plus jeunes.

Par ailleurs, le budget général des PMI accuse une baisse significative sur la période récente (-4 % de 2013 à 2017), et le manque de médecins (jusqu'à 50 % de postes vacants dans certaines PMI) va s'aggraver puisque deux-tiers des médecins de PMI atteindront l'âge de la retraite d'ici 2020.

Ainsi, non seulement la France désinvestit dans la PMI - à rebours de la priorité donnée à la prévention par la Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022 – mais la PMI est menacée d'un « effet falaise » avec une perte massive de mémoire et de transmission.

Au fil de l'eau, et sans un sursaut des pouvoirs publics, la poursuite des évolutions observées pourrait aboutir à une extinction de la PMI dans la majorité des départements d'ici une décennie.

Ce scénario tendanciel peut être évité, mais il faut agir maintenant.

C'est pourquoi la mission propose d'engager un plan national PMI 2019-2022. La mission s'est forgé la conviction que l'organisation territorialisée actuelle était pertinente et qu'une recentralisation de la PMI constituerait une mauvaise réponse aux difficultés actuelles. Pour autant, il est nécessaire de trouver le bon équilibre entre ancrage territorial et prise en compte des enjeux sanitaires globaux,

Les principes directeurs du plan proposé reposent sur une clarification des rôles et l'organisation de circuits de financement fléchés vers la PMI pour revitaliser la prévention :

- aux départements, sur leurs ressources propres (dotations et fiscalité), la charge de financer l'ensemble des missions de PMI ayant trait aux modes de garde, à la protection de l'enfance, au soutien à la parentalité ;
- à l'Assurance Maladie, via la cotation (nouvelle) des actes des infirmières puéricultrices et un fonds national, la responsabilité de financeur et de gestion du risque : remboursement des actes des médecins, des sages-femmes, des infirmières puéricultrices de PMI, financement des bilans de santé en école maternelle, financement d'actions de prévention sur objectifs, remboursement des vaccins achetés par les PMI ;
- à l'Etat, la responsabilité de veiller au respect effectif par tous les départements d'objectifs socles réglementaires minimaux fixés par le code de la santé publique ;
- à l'Etat également, via les agences régionales de santé (ARS), le soin de proposer aux départements une contractualisation incitative via le fonds national PMI, pour renforcer l'action là où les inégalités sociales de santé sont fortes ;
- aux départements, en tant qu'opérateurs de proximité et chefs de file de l'action sociale, la responsabilité de piloter et de mettre en œuvre une PMI de qualité et adaptée à leurs réalités territoriales.

La mission propose de redéfinir les normes actuelles d'effectifs et d'activité du CSP en fixant désormais des objectifs cibles en termes de taux de couverture des besoins.

Ces objectifs socles doivent allier une approche universelle (pour le bilan de santé) et un universalisme proportionné (pour les consultations et les visites à domicile infantiles, le socle minimum proposé correspond au taux d'enfants en situation de pauvreté monétaire).

Les objectifs socles proposés sont les suivants :

- 80 % minimum des enfants de maternelle (3-4 ans) bénéficiant d'un bilan de santé gratuit d'ici 2022 (contre 70 % aujourd'hui) ;
- 20 % des examens obligatoires des 0-6 ans couverts par la PMI (contre 13 % aujourd'hui) ;
- 20 % des enfants de 0-3 ans bénéficiant de visites à domicile par une infirmière puéricultrice de PMI ;
- 20 % des femmes enceintes bénéficiant d'un entretien prénatal précoce par un professionnel de PMI ;
- 20 % des femmes enceintes bénéficiant de visites à domicile intensives par une sage-femme de PMI ;
- 100 % des femmes ayant accès à une IVG² médicamenteuse dans un rayon de 50 km par rapport à leur domicile (PMI-CPEF³, hôpital ou secteur libéral).

² Interruption volontaire de grossesse

³ Centre de planification et d'éducation familiale

Les départements disposeront d'une période transitoire pour respecter ces objectifs socles, et pourront mobiliser des financements issus de l'Assurance Maladie.

Au total, le rapport formule 20 recommandations. Les principales mesures composant le plan PMI proposé concernent :

- la généralisation d'un bilan de santé gratuit « M'ta santé » en moyenne section de maternelle, réalisé par une infirmière puéricultrice de PMI, financé par l'Assurance Maladie, avec la présence des parents et un contenu harmonisé ;
- la création d'un fonds national PMI délégué aux Agences régionales de Santé permettant aux ARS de développer une contractualisation financière avec les départements sur des objectifs de santé publique ;
- l'introduction dans la NGAP⁴ des actes de prévention des infirmières puéricultrices de PMI, qui ont vocation à être cotés et remboursés par l'Assurance Maladie, ceci desserrant la contrainte budgétaire des conseils départementaux ;
- la création d'une prime de lutte contre les inégalités territoriales de santé de 300 €/mois pour les jeunes médecins afin de renforcer l'attractivité de la PMI ;
- l'expérimentation du transfert aux CAF des missions « modes de garde », sans transfert d'effectifs ;
- l'organisation d'un rendez-vous politique annuel dédié à la PMI entre le ministre de la santé, la CNAM (caisse nationale d'assurance maladie) et l'Assemblée des Départements de France (ADF) ;
- la constitution d'une tête de réseau technique nationale de la PMI entre la direction générale de la santé, l'ADF et le centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) ;
- la création d'un baromètre national & local des PMI ;
- la prise en compte par l'Etat des dépenses nettes et non pas brutes de PMI dans la mise en œuvre du pacte de stabilité.

L'ensemble des mesures du plan PMI proposé correspondent – en rythme de croisière - à 100 M€ par an (75 M€ en 2020, 80 M€ en 2021, 100 M€ en 2022), principalement via l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie).

Ramenée à l'ensemble de la population des 0-6 ans, il s'agit d'une dépense de 0,045 € par enfant. Il serait d'ailleurs plus rigoureux intellectuellement de parler d'un investissement collectif.

Les réformes proposées sont à notre portée. Et le sujet - la santé des mères et des enfants en situation vulnérable – est un enjeu de cohésion sociale qui en vaut la peine.

⁴ Nomenclature générale des actes et prestations

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	3
SYNTHESE	5
INTRODUCTION.....	13
1 UNE POLITIQUE ORIGINALE, EFFICIENTE... ET « MALTRAITEE ».....	15
1.1 La PMI occupe une place singulière dans notre paysage sanitaire et social	15
1.1.1 Une politique ancienne combinant une double approche médicale et sociale et une logique de proximité	15
1.1.2 Les spécificités de la clinique des PMI	16
1.1.3 La PMI, seule compétence sanitaire décentralisée aujourd’hui	19
1.2 Des missions précisément définies et encadrées	20
1.2.1 Les missions de la PMI sont définies par le code de la santé publique	20
1.2.2 Les départements doivent respecter des normes minimales d’activité et d’effectifs	21
1.3 Un financement hybride.....	21
1.4 Les relations de la PMI avec les autres acteurs de la santé	23
1.5 La PMI constitue un levier d’action pertinent et génère un retour sur investissement élevé pour les finances publiques	24
1.5.1 Une efficience établie scientifiquement	24
1.5.2 Conditions à respecter pour des impacts positifs	31
1.5.3 Une forte convergence avec les priorités identifiées par la Stratégie Nationale de Santé	34
1.6 Une « vieille dame » invisibilisée et victime de négligence institutionnelle	35
1.6.1 La PMI est peu investie par l’appareil statistique national	35
1.6.2 La PMI représente 1 % des dépenses sociales des départements	38
1.6.3 Les principes actuels de financement de la PMI sont peu cohérents et peu vertueux.....	41
1.6.4 Une politique publique victime de négligences institutionnelles.....	46
1.6.5 Les statuts peu attractifs de la PMI compliquent les recrutements.....	50
1.7 Le paysage aujourd’hui : une forte hétérogénéité interdépartementale qui met à l’épreuve les principes républicains.....	52
1.7.1 Les disparités territoriales sont antérieures à la décentralisation mais ont persisté depuis	52
1.7.2 Le respect des normes minimales progresse, mais reste inachevé	55
1.7.3 Les disparités budgétaires constatées par la mission restent très importantes.....	57

1.7.4	La décentralisation au défi du pacte républicain	59
1.8	Les enseignements retirés des visites de terrain : une PMI en grande difficulté.....	61
1.9	Plusieurs évolutions sociétales tendent à accroître la pression sur la PMI.....	61
1.9.1	Une demande croissante de soutien à la parentalité	61
1.9.2	La PMI devient parfois une offre de premier recours, en suppléance de l'offre libérale.....	63
1.9.3	L'augmentation de la pauvreté et des situations d'extrême dénuement : la PMI comme ultime filet.....	64
1.9.4	La prévalence croissante des troubles du développement.....	65
1.10	La difficulté à recruter des médecins est devenue aiguë.....	66
1.11	Du fait d'injonctions cumulatives, la PMI consacre de moins en moins de moyens à la prévention maternelle et infantile	68
1.11.1	Les missions autour des modes de garde absorbent des moyens humains significatifs	68
1.11.2	L'attraction gravitationnelle de la protection de l'enfance se fait au détriment de la prévention précoce « prévenante »	70
1.11.3	L'activité infantile connaît un repli préoccupant	71
1.11.4	Les bilans de santé en école maternelle restent investis, avec de fortes hétérogénéités territoriales.....	73
1.11.5	L'activité prénatale en direction des femmes enceintes et des mères souffre d'un manque de moyens et de cloisonnements institutionnels.....	75
1.11.6	La planification familiale : un champ essentiel mais peu visible et inégalement investi.....	78
1.12	La couverture des besoins est globalement insuffisante.....	79
1.12.1	La couverture des besoins en prénatal et en postnatal	79
1.12.2	La couverture des besoins en planification et en éducation familiale.....	79
1.12.3	La couverture des besoins en consultations infantiles	79
1.12.4	La couverture des besoins au niveau du bilan de santé en école maternelle.....	80
1.13	Des professionnel(le)s malgré tout engagé(e)s	80
1.14	Les outremer : des problématiques particulières	80
1.14.1	Le cas de La Réunion.....	81
1.14.2	Le cas de Mayotte.....	82
1.15	Les enseignements des expériences étrangères	83
1.15.1	L'Allemagne.....	84
1.15.2	Le Danemark.....	84
1.15.3	La Suède.....	84
1.15.4	La Finlande	85
1.15.5	Le Royaume-Uni.....	85

2	SCENARIOS D'EVOLUTIONS.....	86
2.1	Sans un réinvestissement fort par les pouvoirs publics, la PMI sera en voie d'extinction dans la moitié des départements d'ici 10 ans	86
2.2	L'idée d'un glissement vers les CAF des missions « modes de garde »	88
2.2.1	Les objectifs visés	88
2.2.2	Les risques et questions soulevées par une telle évolution.....	89
2.2.3	L'avis de la mission	90
2.2.4	Les conditions de réussite.....	92
2.2.5	Perspectives à moyen terme	92
2.3	L'hypothèse d'une étatisation de la PMI.....	93
2.3.1	Les conséquences d'une reprise par l'État.....	93
2.3.2	La mission recommande de ne pas retenir ce scénario.....	94
2.4	Le scénario préconisé par la mission : un plan de refondation de la PMI.....	95
2.4.1	Principes directeurs d'une refondation de la PMI.....	95
2.4.2	Modalités de mise en œuvre	100
3	DOUZE MESURES POUR SAUVER LA PMI : UN PLAN PMI 2019-2022	101
3.1	Mesure 1 : Mettre en place un bilan de santé systématique pour tous les enfants de moyenne section de maternelle	101
3.2	Mesure 2 : Coter les actes de prévention des infirmières puéricultrices	102
3.3	Mesure 3 : Créer un fonds national PMI délégué aux ARS.....	102
3.4	Mesure 4 : Investir dans les visites à domicile	103
3.5	Mesure 5 : Mettre en place des forfaits prévention.....	104
3.6	Mesure 6 : Renforcer l'attractivité des métiers de la PMI.....	104
3.7	Mesure 7 : Expérimenter le transfert aux CAF des missions « modes de garde » sans transfert d'effectifs.....	104
3.8	Mesure 8 : Mettre en œuvre un dialogue politique régulier entre les départements, l'État et l'assurance maladie	105
3.9	Mesure 9 : Accompagner et soutenir les professionnels de terrain	105
3.10	Mesure 10 : Transformer les CPEF en centres de santé sexuelle.....	106
3.11	Mesure 11 : Renforcer la transparence et l'évaluation	107
3.12	Mesure 12 : Appliquer la règle du pacte de stabilité sur la dépense nette de PMI et non sur la dépense brute	107
3.13	Impact global du plan PMI	108
	CONCLUSION.....	110
	RECAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS.....	111

LISTE DES ANNEXES.....	113
ANNEXE 1 LETTRE DE MISSION.....	115
ANNEXE 2 LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	117
ANNEXE 3 LISTE DES SIGLES.....	125
ANNEXE 4 DEPENSES DE PMI RAPPORTEES A LA POPULATION DES 0-6 ANS.....	127
ANNEXE 5 EVOLUTION DES DEPENSES DE PMI 2013-2017 (DGCL – COMPTES DE GESTION).....	133
ANNEXE 6 ESTIMATION PAR LA MISSION DE LA DEPENSE NATIONALE DE PMI 2015	139
ANNEXE 7 QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX DEPARTEMENTS (2 DOCUMENTS).....	141
ANNEXE 8 ATTRIBUTIONS JURIDIQUES DE LA PMI.....	157
ANNEXE 9 FINANCEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE AUX PMI (2017).....	159
ANNEXE 10 CONVENTION TYPE CPAM.....	163
ANNEXE 11 TABLEAU CONSOLIDE DES ACTIONS A CONDUIRE EN PRIORITE (PROPOSITIONS DES PMI).....	179
ANNEXE 12 HYPOTHESES DU CHIFFRAGE.....	181

INTRODUCTION

Par lettre de mission datée du 26 juillet 2018, le Premier ministre a confié à Madame Michèle Peyron, députée de Seine-et-Marne, une mission sur la protection maternelle et infantile (PMI).

Deux membres de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ont été désignés en appui, Madame Bénédicte Jacquey-Vazquez et Monsieur le docteur Pierre Loulergue.

Nommée parlementaire en mission auprès de Madame Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, Madame Peyron a conduit ses investigations entre septembre 2018 et janvier 2019. La mission s'est rendue dans quatorze départements : Alpes de Haute-Provence (04), Côtes d'Armor (22), Haute-Garonne (31), Ille-et-Vilaine (35), Meurthe-et-Moselle (54), Pas-de-Calais (62), Métropole de Lyon (69), Paris (75), Seine-et-Marne (77), Yvelines (78), Var (83), Essonne (91), Seine-Saint-Denis (93), La Réunion (974). Elle a également auditionné des élues de la Loire-Atlantique et de la Mayenne.

Au cours de ses déplacements, la mission a rencontré près de 150 personnes ; des élus départementaux, des médecins chefs des services de PMI, et de nombreux professionnel(le)s reflétant la diversité et la pluridisciplinarité des PMI : pédiatres, généralistes, gynécologues, cadres de santé, infirmières puéricultrices, infirmières, psychologues, conseillers conjugaux, éducateurs de jeune enfant, psychomotriciens, auxiliaires de puériculture, cadres administratifs etc.

En parallèle de ces investigations sur le terrain, une cinquantaine d'auditions et de réunions ont eu lieu avec notamment l'Assemblée des Départements de France (ADF), la plate-forme « Assurer l'avenir de la PMI »⁵, des directions d'administration centrale, des organismes de sécurité sociale, des organisations syndicales, plusieurs agences régionales de la santé, des chercheurs, des associations, des personnalités qualifiées etc. (cf. liste complète des auditions en annexe 2).

Enfin, de nombreux rapports, articles et travaux de recherche ont été exploités, et plusieurs contributions écrites ont été reçues. A la demande de la mission, la direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (DREES) du ministère de la santé nous a également communiqué les résultats de son enquête nationale auprès des services de PMI pour l'année 2016.

La lettre de mission invitait à formuler des propositions pour « renforcer » la PMI. A la lumière de ses investigations, la mission estime que l'enjeu est en réalité de la sauver. Le rapport pose donc les jalons d'une refondation collective sous la forme d'un plan national PMI.

⁵ La plate-forme « Assurer l'avenir de la PMI » regroupe : 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)

Le rapport se compose de quatre parties :

- Une première partie montre comment la PMI, politique ancienne, originale et efficiente, est devenue une « vieille dame » invisible victime d'une négligence institutionnelle collective ;
- Dans un second temps, le rapport présente les enseignements retirés des visites de terrain : la PMI ploie sous l'accumulation des injonctions, et connaît un repli préoccupant de l'activité de prévention sanitaire ;
- Une troisième partie brosse les scénarios d'évolution possibles pour éviter l'extinction tendancielle du cœur de métier préventif de la PMI ;
- Enfin, la quatrième partie propose un plan national en faveur de la PMI 2019-2022, décliné en douze mesures clés.

1 UNE POLITIQUE ORIGINALE, EFFICIENTE... ET « MALTRAITEE »

1.1 La PMI occupe une place singulière dans notre paysage sanitaire et social

1.1.1 Une politique ancienne combinant une double approche médicale et sociale et une logique de proximité

La Protection maternelle et infantile (PMI) est née en 1945, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Créée par une ordonnance du 2 novembre 1945, elle vise prioritairement à lutter contre la mortalité infantile. Dans ce but, des consultations de suivi de grossesse et de pédiatrie préventive se mettent en place, ainsi que des visites à domicile par des infirmières. Cette politique de prévention volontariste voulue par l'État a alors vocation à s'adresser à toute la population des femmes enceintes et des enfants de moins de six ans.

La création de la PMI s'accompagne dès l'origine d'un ancrage territorial fort, dans une logique d'accessibilité et de proximité. On compte, dès 1951, 8 200 « postes de consultations » de nourrissons (0-2 ans), et 10 000 en 1964, auxquels s'ajoutent des postes de consultations d'enfants dits du 2^e âge (3-6 ans). En 1964, un tiers des départements ont organisé des services de PMI, avec toutefois de fortes disparités sur le territoire⁶.

Dans les années 1960, des textes successifs (décret du 19 juillet 1962 et loi du 6 juillet 1964) prévoient que la direction de la PMI soit confiée à un médecin et créent des circonscriptions et des secteurs confiés à une assistante sociale.

Ce volontarisme porte ses fruits : tandis qu'entre 1945 et 1950, plus de 50 enfants sur 1 000 décédaient avant l'âge de 1 an, ce taux est ramené à 22 pour 1 000 en 1965 et 9,6 pour 1 000 en 1980. Cette réduction massive de la mortalité infantile n'est évidemment pas imputable à la seule PMI, mais celle-ci y a activement contribué, comme le relevait le Haut comité de la santé publique : *"La bonne couverture du territoire en service de PMI, la qualité de ces services, la dynamique donnée à la prise en charge de la mère et du nouveau-né par le programme de périnatalité..., expliquent les progrès accomplis dans le domaine de la périnatalité."* (Rapport du haut comité de santé publique, "La santé en France 1997").

Dans les années 1970, le nombre de postes de consultation de la PMI a amorcé une décrue, et la PMI a diversifié ses champs d'intervention : lutte contre la mortalité périnatale et la prématurité, création de centres de planification et d'éducation familiale, implication des services de PMI dans l'agrément et le suivi des crèches et des haltes garderies, ainsi que dans l'agrément et le suivi des assistantes maternelles, participation de la PMI à la création des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP).

La PMI se saisit aussi de l'avancée des connaissances sur le développement de l'enfant et de la psychanalyse. Une approche d'ordre psycho-éducative et psycho-relationnelle vient s'intégrer à l'approche traditionnelle médico-sanitaire et médico-sociale, avec une clinique et des pratiques attentives à la vie psychique des enfants dès le plus jeune âge et à la relation parents-enfants.⁷

⁶ Cf. Bouchayer Françoise. Médecins et puéricultrices de Protection maternelle et infantile. La recherche d'une identité et d'une légitimité professionnelles. Revue française de sociologie, 1984, 25-1. pp. 67-90

⁷ Cf. Bouchayer, op. cité

A la veille de la décentralisation, une circulaire cadre du 16 mars 1983 oriente la PMI vers la promotion de la santé individuelle et collective, et vers la lutte contre les inégalités et les handicaps.

A la suite d'une enquête menée en 1985 par le Syndicat national des médecins de PMI (SNMPMI) mettant en évidence la persistance d'une hétérogénéité des moyens selon les départements, un cadre légal et réglementaire visant à impulser et soutenir une politique nationale sera mis en œuvre :

- La loi du 18 décembre 1989 relative à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance redéfinit et étend les missions de la PMI. On ne parle plus seulement de protection mais aussi de promotion de la santé qui ne concerne plus seulement la mère et l'enfant mais la famille et l'enfance.
- Un décret viendra, en 1992, préciser l'organisation du service départemental de PMI ainsi que les qualifications professionnelles de ses personnels, et définir des normes minimales d'activité et d'effectifs.

La loi relative à la santé publique d'août 2004 est venue renforcer et préciser le rôle de la PMI dans le champ de la périnatalité, avec la mise en place d'un système national d'information basé sur les certificats de santé, auquel les PMI participent. Cette loi établit par ailleurs la PMI en tant que «service public de PMI ».⁸

Ces évolutions permettent de souligner combien la démarche et l'identité de la PMI, tout en ayant connu des adaptations au fil du temps, sont fondamentalement à la fois « médicales et sociales »⁹. Il convient aussi de relever que la notion de maillage de proximité est présente depuis l'origine.

1.1.2 Les spécificités de la clinique des PMI

La PMI présente la particularité de regrouper en un même lieu des personnels sociaux et sanitaires et de réaliser à la fois des interventions individuelles et collectives. Les caractéristiques de l'approche clinique développée par les personnels de PMI ont été finement décrites dans un rapport de la DGCS de 2016¹⁰ :

- une approche de la **santé prise de manière globale**, en lien avec le contexte de vie ;
- une **continuité des actions entre la périnatalité, la planification et la santé du nourrisson** puis de l'enfant. Les missions de soutien à la parentalité, notamment, vont s'exercer dès la grossesse et se poursuivre au cours des premières années de l'enfant ;
- des modalités de travail basées sur une **approche pluridisciplinaire** liée à la composition pluridisciplinaire des équipes : médecins, sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, psychologues, éducateurs, psychomotriciens etc.

La PMI a développé **un savoir-faire et des compétences dans l'accueil et l'accompagnement des personnes et des familles vulnérables** qui se traduisent par un « savoir s'y prendre » décliné de multiples manières :

- des **actions collectives et animation dans les salles d'attente** pour établir la confiance et rejoindre les personnes les plus éloignées du système de soin ;

⁸ http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/sante_publique/2sante_publique.htm

⁹ Etude sur la protection maternelle et infantile en France, rapport de synthèse, Danièle Jourdain-Menninger, Bernadette Roussille, Patricia Vienne, Christophe Lannelongue, IGAS, 2006

¹⁰ Protection maternelle et infantile, soutien à la fonction parentale, protection de l'enfance et modes d'accueil. DGCS, mai 2016

- un **accueil non stigmatisant des personnes les plus vulnérables** ;
- une **proximité géographique** pour faciliter l'accessibilité des populations cibles : implantation notamment dans des quartiers en difficulté ou dans des zones déshéritées, y compris en milieu rural ;
- des **modalités d'accueil souples** et adaptées aux besoins et à l'habitus de certaines populations : **permanences sans RDV** de puéricultrices ou d'infirmières, **durées de consultations plus longues** que chez les médecins de ville et à l'hôpital, **consultations itinérantes** (bus PMI), appels téléphoniques aux familles pour leur rappeler les dates des consultations (« aller vers ») ;
- des modalités administratives et financières faciles : **accueil inconditionnel** y compris en l'absence de droits ouverts à l'aide médicale d'Etat (AME) ou à la protection universelle maladie (PUMA), **gratuité** des consultations et des vaccins, accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse ;
- l'édition de brochures et d'affiches accessibles (dessins, pictogrammes, supports FALC¹¹) et le recours si nécessaire à de l'**interprétariat** avec les familles migrantes.

Enfin, la PMI s'inscrit dans de multiples **réseaux de proximité** : réseaux périnatalité, maternités, CAMSP, Centres médico-psychologiques pédagogiques (CMPP), professionnels de santé libéraux, orientation et adressage vers des travailleurs sociaux pour mettre en œuvre un accompagnement social global (logement, accès aux droits sociaux, travailleurs familiaux...), orientation vers des haltes garderies, ou lieux d'accueil enfants parents (LAEP) pour aider les mères à envisager de confier leur enfant à des tiers, etc.

Tout cela fonde une valeur ajoutée spécifique et qualitative de la PMI : « Globalement, la plus-value de la PMI réside dans son accessibilité géographique, financière et culturelle et sa démarche de prise en charge globale à la charnière du sanitaire et du social, de l'individuel et du collectif, du préventif et de l'éducatif, assortie d'un fort accompagnement social » (IGAS, 2006).

Cette valeur ajoutée de la PMI est largement reconnue par les pouvoirs publics :

- le Conseil économique, social et environnemental (CESE) qualifiait ainsi la PMI, dans un rapport de 2014, d'« *institution originale, pionnière d'un nouveau mode de prise en charge axé sur la prévention et la prise en compte des déterminants de santé* »¹² ;
- le rapport 2017 du Défenseur des droits sur les droits de l'enfant soulignait également : "*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*".

¹¹ Faciles à lire et à comprendre

¹² http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Fiches/2014/FI21_pmi.pdf

Encadré 1 : Ce qui est positif à la PMI : Paroles de parents

- La gratuité : ça veut dire que tout le monde peut y aller.
- La proximité : Les PMI c'est à côté. Il y en a pas mal partout, dans tous les quartiers. C'est bien parce que pour les gens qui n'ont pas de voiture, c'est compliqué.
- Les liens entre la maternité et la PMI, surtout lors de la 1^{ère} naissance d'un enfant : c'est bien que l'hôpital conseille d'aller à la PMI, ça montre que c'est important d'avoir un suivi de l'enfant.
- Le RDV, mensuel au début, avec un pédiatre. Cette rencontre est la porte d'entrée d'une relation de confiance car il s'agit, pour les parents, de la santé de leur enfant. Le pédiatre de PMI peut orienter les parents vers des spécialistes (kiné, ORL, pédiatre de l'hôpital...) en faisant eux-mêmes les courriers.
- La rencontre avec les puéricultrices est importante, source de réassurance à travers les conseils, mais aussi personne à qui parler de son vécu de parent. *Les conseils sont importants pour les parents, surtout pour le premier enfant car souvent, on ne connaît rien par exemple on ne sait pas forcément qu'il faut parler aux bébés, qu'ils doivent dormir beaucoup et qu'il y a deux siestes par jour, une heure pour les mettre au lit même quand ils sont petits. On discute de ce qu'il y a dans le carnet de santé, comme ça, si on ne lit pas, on peut quand même savoir.*
- La diversité des professionnels présents dans certaines PMI : Parfois il y aussi une psychomotricienne qui vient, ça nous apprend des choses : ça m'a permis de bien stimuler mon bébé, le mettre en bonne position pour le faire reculer, le mettre à 4 pattes et lui faire trouver son équilibre debout. Ils m'ont bien conseillé parce que je ne savais pas le faire. Ils m'ont montré comment faire, ils l'ont fait en temps réel, j'ai vu la première fois mon bébé se retourner tout seul c'était magique !
- La salle d'attente des consultations de PMI est un lieu de rencontre avec d'autres enfants, d'autres parents et une occasion d'avoir la preuve que son enfant est capable de créer des liens avec d'autres enfants alors que soi-même, en tant qu'adulte, parent, on se sent exclu : *Comme c'était mon premier bébé, quand je la mettais sur le tapis avec les autres enfants, ça faisait contact. J'étais toute seule, elle était toute seule. Je voyais comment elle était avec une autre enfant ; c'est ça aussi qui m'a amené à la mettre en crèche. (Maman de Lille)*
- La PMI s'occupe aussi des parents : C'est bien aussi de s'occuper des parents pour qu'ils aillent mieux pour bien s'occuper de leurs enfants, pouvoir mettre en lien avec une assistante sociale par exemple pour aider à trouver un logement, pour ses papiers, s'il y a une séparation avec son conjoint. Ça enlève du stress.
- Les visites à domicile, avec toute l'ambiguïté qu'elles contiennent entre soutien et contrôle, sont vécues comme utiles pour certaines mamans : *quand c'est compliqué de sortir, c'est important. C'est aussi parfois grâce aux visites à domicile qu'on va mieux connaître la PMI.*
- Le lien de confiance avec la PMI est une protection contre le placement, elle peut redonner confiance aux parents, notamment quand ils ont eu des enfants placés, qu'ils sont suivis par la protection de l'enfance : la PMI peut permettre d'éviter les placements quand il y a un signalement par un autre service, les urgences par exemple, elle peut « protéger la famille ». *On n'était pas rassuré en manque de confiance en nous ; grâce à la psychologue, elle nous a rassuré, on était en manque de confiance en nous, on avait peur de ce qu'on aurait eu. Elle nous a sorti des mots, ça nous a fait plaisir, ça nous a fait avancer plus vite pour être protégés des services sociaux. Les services sociaux, il y a des moments, dès qu'il y a un petit truc, ils s'emportent vite et il y a le placement ; et grâce à ça, ma gamine n'a pas été placée. (Papa de Lille)*
- Les perceptions des parents ne sont pas que positives. Des craintes s'expriment aussi, notamment d'être jugé ou catalogué, la peur d'une porosité entre PMI et ASE ou encore le rejet de consignes de la PMI vécues comme trop normatives.

Source : Verbatim recueillis par le mouvement ATD Quart Monde auprès d'une quinzaine de parents, synthèse transmise par le secrétariat Petite Enfance Famille d'ATD Quart Monde France, paragraphe final rédigé par la mission

1.1.3 La PMI, seule compétence sanitaire décentralisée aujourd'hui

La loi du 23 juillet 1983 a transféré la PMI aux départements (en même temps que l'aide sociale à l'enfance, la polyvalence de secteur, l'aide sociale aux personnes âgées, l'aide aux personnes handicapées adultes, l'aide médicale et la prophylaxie des maladies vénériennes et de la tuberculose).

La compétence sanitaire de PMI confiée aux départements excluait la santé scolaire, qui continuait de relever de l'Etat.

Le choix du département s'est imposé dans la mesure où il constituait déjà l'échelon de mise en œuvre, par les DDASS, des politiques d'aide sociale et de santé. La décentralisation de la PMI s'est ainsi effectuée dans une continuité en termes de structures. Le département est apparu comme un échelon équilibré, suffisamment proche, par les conseillers généraux, des problèmes locaux pour pouvoir prendre en considération les besoins des usagers, et doté d'une taille suffisante pour assurer la cohérence des politiques mises en œuvre¹³.

Depuis la recentralisation des centres de lutte contre la tuberculose en 2004, la PMI constitue la seule compétence sanitaire décentralisée.

En réalité, la situation est mixte : la mise en œuvre de la protection maternelle et infantile est confiée à l'échelon départemental, mais elle s'intègre dans le cadre d'une politique nationale globale.

En effet, la loi décrit clairement la protection et la promotion de la santé maternelle et infantile comme une mission partagée entre l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale (article L.2111-1 du Code de la santé publique).

Il y a certes décentralisation des services de PMI, mais au sein d'une politique sanitaire d'ensemble.

Le plan périnatalité 2005-2007 fait par exemple des PMI un acteur clé de la politique de périnatalité tout en reconnaissant leur dimension locale : « *le service de PMI est un service public, territorialisé, accessible sans aucune condition, gratuit et mis en place par les Conseils généraux* ».

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a confirmé cette inscription des services de PMI dans la politique nationale de santé en affirmant quelques principes :

- 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 ;
- les services de PMI contribuent à la politique nationale de santé ;
- 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 ;
- un volet de la stratégie nationale de santé détermine les priorités de la politique de santé de l'enfant ;
- des représentants des services de PMI sont associés aux conseils territoriaux de santé et les professionnels de PMI, en tant qu'acteurs des soins de premier recours, sont appelés à participer aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

¹³ Cf. rapport de la Cour des Comptes, La décentralisation en matière d'aide sociale, 1995

1.2 Des missions précisément définies et encadrées

1.2.1 Les missions de la PMI sont définies par le code de la santé publique

Les compétences dévolues au département sont exercées, sous l'autorité du président du conseil départemental, par le service départemental de protection maternelle et infantile, qui est un service non personnalisé du département.

Le Code de la santé publique (CSP) liste les missions imparties au service départemental de PMI (articles L 2112-2, L 2112-7, L 2324-2, R. 2112-1).

Le service de PMI doit être dirigé par un médecin. Il comprend des personnels qualifiés, notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique. Il est ouvert à tous. Sa répartition géographique et l'attribution des moyens « *tiennent compte des spécificités sociodémographiques du département et en particulier de l'existence de populations vulnérables et de quartiers défavorisés* ».

Les missions de la PMI comprennent **des consultations médicales préventives** (en direction des femmes enceintes, des enfants de la naissance à six ans, des femmes et des jeunes dans le cadre de la planification familiale), **des visites à domicile** de puéricultrices et de sages-femmes, **des bilans de santé en école maternelle**, des actions médico-sociales de **soutien aux familles, d'activités de planification et d'éducation familiales**, des actions de prévention et de prise en charge des **mineurs en danger**, des activités **d'agrément et de contrôle des modes d'accueil** de la petite enfance, et enfin le traitement **d'informations épidémiologiques** et en santé publique relatives à la maternité et à la petite enfance (cf. Annexe 8).

Les missions de la PMI sont organisées par le président du conseil départemental. Elles peuvent être exercées en régie directe ou confiées à un établissement de santé, à une commune ou encore à une association (article L.2112-4 du CSP).

Les services de PMI ne sont pas en situation de monopole. Les consultations obligatoires prénatales, postnatale et pour les enfants jusqu'à l'âge de six ans peuvent être réalisées non seulement en PMI, mais également en secteur libéral ou en établissements de santé. Ces actes, dont le nombre, la périodicité et le contenu sont fixés par voie réglementaire, sont remboursés à 100 % par l'Assurance Maladie. Lorsqu'ils sont pratiqués en PMI, ils sont dispensés gratuitement aux usagers et remboursés directement par l'Assurance Maladie au département.

Encadré 2 : Les chiffres clés de la PMI en 2015

Personnels :

2 300 médecins (1 750 ETP)

1 120 SF (880 ETP)

4 500 puéricultrices (4 000 ETP)

1 500 IDE (1 150 ETP)

480 psychologues (330 ETP)

890 auxiliaires puéricultrices (790 ETP)

500 conseillers conjugaux (330 ETP)

300 éducateurs (270 ETP)

2 000 agents administratifs (1 700 ETP)

<p>Activité :</p> <p>1,66 millions de consultations infantiles, pour 621 000 enfants</p> <p>457 000 actes de puériculture</p> <p>33 000 actions collectives auprès des mères</p> <p>73 000 actions collectives auprès des enfants</p> <p>80 000 actions de planification et d'éducation familiale</p> <p>590 000 visites à domicile (VAD), pour 270 000 enfants</p>

Source : DREES, 2015

1.2.2 Les départements doivent respecter des normes minimales d'activité et d'effectifs

L'organisation du service départemental de PMI ainsi que les qualifications professionnelles de ses personnels ont été précisées par un décret du 6 août 1992. Ce même décret définit des normes minimales d'activité et d'effectifs des PMI, destinées à couvrir au moins les besoins des populations en difficulté tels qu'estimés à l'époque, et à limiter les disparités territoriales.

Le CSP prévoit deux normes d'activité :

- consultations prénatales : au moins 4 demi-journées de consultations prénatales pour 100.000 habitants âgés de 15 à 50 ans (article R. 2112-5 du CSP) ;
- consultations infantiles : une demi-journée de consultation par semaine pour 200 enfants nés vivants (article R.2112-6 du CSP).

Le CSP prévoit également des normes d'effectif minimal de sages-femmes et de puéricultrices :

- une sage-femme pour 1500 naissances ;
- une puéricultrice (en équivalent temps plein, ETP) pour 250 enfants nés vivants (article R.2112-7 du CSP).

Ces normes réglementaires demeurent toutefois inégalement respectées (cf. 1.4.6.3).

1.3 Un financement hybride

Avant la décentralisation, le financement de l'aide sociale et de la santé reposait sur des participations croisées de l'Etat, des départements et des communes¹⁴. S'agissant spécifiquement de la PMI, les dépenses étaient inscrites en totalité au budget du département, puis remboursées partiellement, en fin d'exercice, par l'Etat, selon une clef de financement. D'après le SNMPMI, l'Etat remboursait aux départements avant la décentralisation 84 % des dépenses engagées.

Ce système de financements croisés était peu clair et peu responsabilisant, l'Etat intervenant comme payeur aveugle *in fine*, tandis que les départements n'avaient guère d'incitation à piloter ou maîtriser des dépenses remboursées de toute façon au fil de l'eau. En revanche, ce système présentait l'avantage de garantir à la PMI des moyens financiers fléchés.

¹⁴ Cf. Cour des comptes - rapport public particulier – La décentralisation en matière d'aide sociale (décembre 1995)

Lors de la décentralisation, la loi du 7 janvier 1983 a fixé un principe de blocs de compétences, chaque collectivité publique devant assurer la responsabilité politique et budgétaire des missions lui incombant.

Dans cette logique, les accroissements de charges des départements issus de la loi du 22 juillet 1983 ont été intégralement compensés par l'Etat via un transfert de ressources fiscales¹⁵ et, pour le solde, par une dotation générale de décentralisation. L'ensemble de cette compensation financière s'est élevée à 20,4 Mds de francs pour l'exercice 1984¹⁶.

Au sein de l'ensemble des charges transférées, les dépenses de PMI représentaient 1,36 Md de Francs en 1983.¹⁷

Les recettes fiscales et budgétaires ayant accompagné la décentralisation n'étant pas affectées en particulier au financement de telle ou telle dépense, la PMI a en quelque sorte « perdu » avec la décentralisation le bénéfice du circuit de financement antérieur qui « garantissait » au département le remboursement des dépenses qu'il avait engagées (dans la limite de 84 %).

La PMI est désormais financée dans le cadre du budget général voté par chaque département. Les moyens qui lui sont alloués résultent des arbitrages politiques des exécutifs départementaux, en application du principe de libre administration des collectivités locales.

Toutefois, en dépit du principe des blocs de compétences précité, le financement de la PMI est resté hybride : les départements supportent les dépenses de PMI et les inscrivent dans leur budget, mais l'assurance-maladie leur rembourse une partie de ces dépenses dans le cadre de conventions entre les CPAM et les départements.

Un tel co-financement est logique puisque la PMI, à travers son activité de vaccinations, de suivi de grossesses, de consultations infantiles, de planification familiale, d'éducation à la sexualité etc., évite à l'assurance maladie des dépenses ultérieures.

La PMI, parce qu'elle se situe à la confluence du social et du sanitaire, s'écarte de la stricte logique des blocs de compétences avec un financeur exclusif.

Le financement de la CNAM a d'abord pris la forme de subventions de fonctionnement aux services de PMI. Le système a été modifié en 2012 et repose désormais sur un paiement à l'acte. L'Assurance Maladie rembourse aux départements les actes des médecins et des sages-femmes, qui sont cotés et inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), ainsi qu'une partie du coût des vaccins achetés par les PMI.

Les organismes d'Assurance Maladie peuvent également, par voie de convention, participer sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale aux actions de prévention médico-sociale menées par les PMI¹⁸. Néanmoins, cette faculté semble aujourd'hui peu utilisée.

Le financement de la PMI, hier comme aujourd'hui, demeure donc hybride. Néanmoins, il repose de manière prépondérante sur les départements, puisque les remboursements en provenance de l'assurance-maladie ne représentaient, en 2017, que 35 M€ sur une dépense globale de PMI estimée à environ 500 M€.

¹⁵ L'Etat a ainsi attribué au département le produit de la vignette automobile, des droits de mutation et de la plus-value des recettes résultant de la réforme de la taxe foncière sur les propriétés bâties.

¹⁶ Cf. arrêté du 27 novembre 1985

¹⁷ https://www.senat.fr/rap/1988-1989/i1988_1989_0270.pdf

¹⁸ 2° alinéa de l'article L.2112-7 du CSP

1.4 Les relations de la PMI avec les autres acteurs de la santé

La PMI est en lien avec divers acteurs du monde de la santé:

- les établissements de soins (essentiellement les hôpitaux publics) : surtout avec les services de pédiatrie (recours en cas de nécessité de soins, en ambulatoire ou en hospitalisation) et de gynécologie-obstétrique (identification lors des staffs de maternité des patientes vulnérables à orienter vers la PMI, prise en charge conjointe avec les CPEF pour les IVG). Les relations pourraient être consolidées par plus de communication, notamment en amont des accouchements. La participation de la PMI aux staffs de maternité, très répandue, devrait être généralisée, voire rendue obligatoire par les ARS ;
- les réseaux de santé en périnatalité : les relations avec les PMI sont étroites. Environ 85 % des PMI participent un réseau périnatalité (DREES, 2016). Les PMI sont en effet essentielles pour le repérage des situations potentiellement à risque, comme les femmes qui sont dans un contexte de vulnérabilité telle qu'elles ne peuvent même pas accéder au soin. Ces réseaux ont l'avantage d'être à la fois des réseaux de proximité et des réseaux régionaux, ce qui est indispensable pour certains thèmes (par exemple les transferts *in utero*). Il est nécessaire d'avoir une animation territoriale dans les bassins de naissance ;
- les médecins libéraux : les PMI rencontrées par la mission ont fait état de relations régulières avec les médecins généralistes du secteur géographique et ceux qui agissent comme médecins traitants des enfants vus à la PMI. Les relations ont été décrites comme bonnes, mais avec un déficit prononcé de rencontres et de communication, lié à des quantités de travail importantes. Les médecins spécialistes interagissent lors d'adressage d'enfants suivis en PMI pour des problèmes médicaux spécifiques (vision, audition, nutrition, mais aussi pédopsychiatrie) ;
- les sages-femmes libérales : l'essor des sages-femmes libérales est intervenu postérieurement à la décentralisation. Dans les départements où l'offre de sages-femmes libérales est bien développée, la PMI est souvent plus en retrait sur le prénatal ou concentre ses VAD dans les zones non pourvues (milieu rural, milieu montagneux...). Certaines bonnes pratiques ont été observées par la mission comme des visites postnatales conjointes associant une sage-femme libérale et l'infirmière puéricultrice de la PMI, pour mettre la famille en confiance et faciliter le passage de relais vers la PMI. Mais il nous a souvent été rapporté des relations difficiles notamment autour du PRADO¹⁹. Il existe un problème de « territoire » sur la santé de la mère et de l'enfant, les sages-femmes libérales mettant en avant leur réactivité, leur proximité avec les patientes et vivant le suivi en PMI de patientes qu'elles suivaient antérieurement comme une dépossession ; les PMI de leur côté mettent en avant la pluridisciplinarité et la prise en charge globale de la mère et de l'enfant, et estiment que certaines sages-femmes libérales, notamment lorsqu'elles n'ont pas travaillé antérieurement en maternité, n'ont pas le réflexe d'orienter certaines familles vers la PMI. Il existe là une réelle complémentarité, mais qui reste à construire et organiser sur le territoire.
- les CAMSP : les PMI jouent leur rôle de repérage des troubles du développement de l'enfant, et adressent en CAMSP pour une prise en charge spécialisée. Néanmoins, le manque manifeste de structures et de personnel spécialisé sur tout le territoire conduit à des temps d'attente très importants pour les familles, que les PMI s'emploient à gérer au mieux ;

¹⁹ Programme d'accompagnement du retour à domicile cf. 2.3.4

- les ARS : les relations nous ont semblé un peu distendues. Certaines PMI ont le sentiment d'être sollicitées pour alimenter le PRS ou pour procéder à des campagnes de vaccination, mais sans bénéficier de suffisamment d'échanges ou d'appui en retour. Il y a des exceptions notables, comme par exemple en région Rhône-Alpes-Auvergne entre la PMI de Lyon Métropole et l'ARS, ou bien dans les Hauts-de-France ; un partenariat renforcé semble souhaitable et possible ;
- l'Etat central : les PMI regrettent unanimement la disparition des journées nationales PMI antérieurement organisées par la Direction Générale de la Santé. Elles regrettent de n'avoir pas de retour d'information de la part du ministère suite au questionnaire annuel qui leur est adressé par la DREES, auquel elles disent consacrer un temps important. Enfin, certaines d'entre elles aspireraient à participer à des études ou enquêtes épidémiologiques, et toutes déplorent que le champ de la PMI soit faiblement investi en termes d'études et de recherche publique ;
- les CPAM : les relations nous sont apparues lointaines, et parfois conflictuelles notamment dans les territoires avec des délais longs d'obtention de la PUMA ou de l'AME (93). Certaines PMI pointent des actions de prévention ou de communication développées par les CPAM « en silo », sans tenir compte des PMI. Le caractère chronophage des procédures de remboursement des actes et des vaccins nous a fréquemment été signalé. Enfin, La mission s'étonne que 20 % des départements n'aient pas encore signé la convention-type avec la CPAM permettant ces remboursements ;
- les CAF : les liens sont développés surtout sur le registre des modes de garde (instruction des projets d'établissements d'accueil du jeune enfant). Des partenariats ponctuels nous ont été signalés dans le champ du soutien à la parentalité et des TISF (techniciennes d'intervention sociale et familiale).

1.5 La PMI constitue un levier d'action pertinent et génère un retour sur investissement élevé pour les finances publiques

L'efficacité et l'efficience des actions de prévention précoce sont bien documentées scientifiquement, notamment par des travaux anglo-saxons mettant en évidence le retour sur investissement (Return on Investment en anglais, ou ROI) positif de ce type d'action pour les finances publiques (cf. 1.3.1). Ces travaux permettent aussi d'identifier des conditions à respecter pour que les actions conduites soient pleinement efficaces (cf. 1.3.2). Au plan national, il faut enfin relever que les modalités d'intervention de la PMI font de cette dernière un acteur très pertinent pour traduire en actes le virage préventif affirmé par la Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022 (cf. 1.3.3).

1.5.1 Une efficience établie scientifiquement

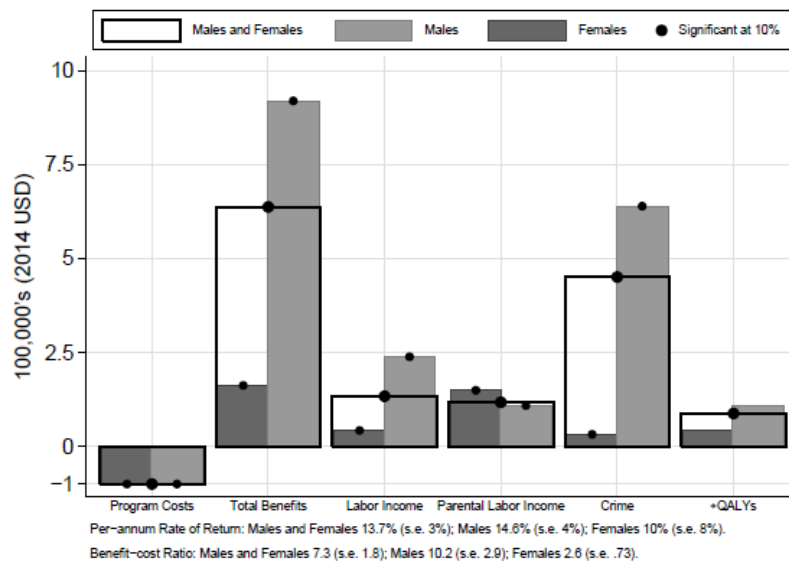
Il existe peu d'études en France portant spécifiquement sur l'efficacité globale de la PMI. En revanche, les travaux scientifiques étrangers sont abondants. L'efficience des actions de prévention menées dans le champ de la petite enfance est aujourd'hui documentée de manière précise.

1.5.1.1 Les travaux de l'Université de Chicago

Les travaux de l'Université de Chicago (Center for the economics of human development), sous la direction de James Heckman, ont mis en évidence les bénéfices d'une action médico-sociale précoce. L'étude « Lifecycle benefits of an influential early childhood program »²⁰ évalue les avantages à long terme d'un programme intégré pour la petite enfance en Caroline du Nord (États-Unis). Ce programme, mis en place dans les années 1970, comprenait des actions sanitaires (nutrition), sociales (accès aux soins) et éducatives (apprentissage précoce de la lecture) et ciblait les familles défavorisées. Les enfants étaient randomisés (tirés au sort) à la naissance en deux groupes, l'un bénéficiant du programme l'autre constituant le groupe contrôle. La partie active du programme durait cinq ans et commençait dès la naissance. Les deux groupes de participants ont été suivis pendant trente ans.

Les résultats montrent des bénéfices significatifs non seulement en termes sanitaires, mais également sociaux (revenus des mères, futurs revenus des enfants, criminalité), avec un effet plus important pour les nouveau-nés inclus de sexe masculin.

Figure 1: Net Present Value of Main Components of the Cost/Benefit Analysis Over the Life Cycle per Program Participant, Treatment vs. Next Best



Source : Center for the economics of human development

Le retour sur investissement calculé est de 13.7 % par an, alors qu'il est de 7 à 10 % dans des études ciblant des actions médico-sociales sur les enfants âgés de 3-4 ans, et le ratio bénéfices/coûts est de 7.3 (un dollar investi dans le programme a abouti à une économie de 7.3 dollars à terme).

Si les actions sanitaires, sociales et éducatives auprès de jeunes enfants sont efficaces, elles semblent l'être d'autant plus que l'on agit précocement, dès la naissance, et de manière globale.

²⁰ JL Garcia, JJ Heckman, DE Leaf, MJ Prados, Dec 2016, <https://www.nber.org/papers/w22993>

1.5.1.2 Le Nurse-Family Partnership

Les visites à domicile (VAD) sont un autre exemple de coût-efficacité des actions en périnatalité. Le programme américain Nurse-Family Partnership²¹ développé depuis une quarantaine d'années, se concentre sur les visites prénatales et postnatales par des infirmières, au domicile de mères primipares avec des facteurs de fragilité sociale.

Une méta-analyse a été réalisée par TR Miller, publiée en 2016 sur les données 1996-2013²², à partir des résultats de 23 rapports et trois essais randomisés réalisés dans le cadre du Nurse-Family Partnership. Elle montre les bénéfices de ce programme sur plusieurs indicateurs, sanitaires, sociaux et économiques, pour les mères et les enfants. Les analyses montrent que d'ici 2031, les actions menées dans le programme entre 1996 et 2013 devraient permettre d'éviter environ 500 décès de nouveau-nés, 10 000 naissances prématurées, 4 700 avortements, 42 000 incidents de maltraitance d'enfants, 36 000 incidents de violence conjugale, 90 000 crimes violents commis par des jeunes, 36 000 arrestations et 41 000 années-personnes d'abus de substances psychoactives. Elles devraient permettre en outre de réduire le tabagisme pendant la grossesse, de favoriser l'allaitement maternel, d'augmenter la couverture vaccinale et d'améliorer le développement du langage. Enfin, il existe une réduction des coûts pour le système de santé et un moindre recours aux aides sociales.

Le ratio bénéfices/coûts de cette approche a été calculée à 6.4 (6.4 dollars économisés pour un dollar investi) aux 18 ans de l'enfant, dans les familles dans lesquelles les actions à domicile ont pu se poursuivre pendant au moins 1.5 an.

Une autre étude de 2017²³ montre que chaque visite à domicile réalisée dans le cadre du Nurse-Family Partnership permettrait de gagner 0.11 QALY (« quality-adjusted life year », indicateur de gain d'années de vie pondéré par la qualité de vie) et 1 021 dollars. Mais en se concentrant sur le groupe des mères avec facteurs de fragilité sociale, le gain est plus important (0.18 QALY et 2 764 dollars).

1.5.1.3 Le projet PANJO

Le programme Nurse-Family Partnership a inspiré en France le projet PANJO (Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents : un Outil de renforcement des services de PMI). Ce programme a été élaboré et mis en œuvre par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), devenu Santé Publique France. Une première phase a été réalisée en 2014-2015 pour tester l'acceptabilité du programme auprès des services de PMI et des familles, puis une deuxième phase (2016-2018) réalisée par Santé Publique France et l'Agence des Nouvelles Interventions Sociales et de Santé (ANISS), inclura 500 femmes enceintes, réparties en deux groupes, un recruté par les services de PMI qui aura accès aux accompagnements habituels et au dispositif PANJO et un autre recruté dans les maternités qui aura accès aux accompagnements habituellement proposés aux futures mères (groupe contrôle).

²¹ <https://www.nursefamilypartnership.org/>

²² Prev Sci. 2015 ; 16(6): 765-777. doi:10.1007/s11121-015-0572-9

²³ J. Wu et al. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 2017

Le programme PANJO comporte deux volets :

1. un dispositif d'interventions renforcées à domicile avec au minimum 2 visites prénatales et 4 visites postnatales. Les principaux objectifs de ces VAD sont de promouvoir les relations parents-enfants de qualité, le bon usage par les parents des services médico-sociaux et le maintien des liens avec les services de PMI, l'utilisation de leur propre réseau social et les comportements protecteurs de santé ;
2. un dispositif de soutien à la qualité des pratiques préventives des professionnels de PMI comprenant une évolution de l'organisation des services, une formation dédiée au programme, un référentiel et des outils d'intervention.

De la même façon que pour le programme Nurse-Family Partnership, les bénéfices du programme PANJO sont attendus autant à court terme (meilleure prise en charge infantile, meilleur environnement de vie, recours rationnel aux services de santé et sociaux, baisse des dépenses, identification de la PMI comme ressource), qu'à moyen terme (diminution des informations préoccupantes, diminution de la maltraitance, des accidents, de la négligence), et qu'à long terme (meilleur développement cognitivo-comportemental de l'enfant, réduction des inégalités sociales de santé et baisse des dépenses).

L'étude PANJO est en cours d'analyse au moment de l'écriture de ce rapport. Cependant, des enseignements ont déjà pu être tirés par Santé Publique France :

- les professionnelles de PMI intervenant à domicile ont une forte expérience de leur métier et un fort engagement dans les activités de PMI,
- le programme PANJO a été apprécié des professionnelles et vécu comme une expérience bénéfique pour leurs pratiques,
- ce type de programme permet de donner une image positive de la PMI,
- la mise en place de visites à domicile de manière soutenue (en durée, fréquence et intensité) nécessite une réorganisation des services,
- les intervenantes à domicile ont perçu un intérêt des familles,
- la principale difficulté est l'identification et le contact avec les femmes enceintes les plus fragiles,
- l'intérêt pour les familles est double : meilleure compréhension de leurs besoins et meilleure compréhension des services offerts, contribuant à faire changer une image parfois négative de structure de « surveillance »,
- une réflexion est nécessaire sur la meilleure cible de ce type de programme.

Santé Publique France a établi une estimation du budget départemental moyen pour le lancement du programme PANJO pour la première année (pour un département fictif avec un nombre de naissances à 7 653/an) à 34 300 euros.

L'analyse complète des bénéfices de ce programme permettra d'évaluer des coûts évités, notamment en termes de mesures de protection de l'enfance. On peut d'ores et déjà dire qu'il existe un intérêt qualitatif certain au prix d'un investissement budgétaire peu important.

1.5.1.4 Les bénéfices de la vaccination infantile

La vaccination est une des actions de santé publique les plus coût-efficaces qui existent. Les maladies à prévention vaccinale engendrent des coûts considérables pour les systèmes de santé, qu'ils soient liés à la morbidité de la maladie, voire à sa mortalité. Les coûts sont d'autant plus importants qu'il s'agit d'enfants. Beaucoup de facteurs influencent le rapport coût-efficacité des vaccins : la maladie prévenue et ses conséquences potentielles, le prix du vaccin, mais aussi la population cible et le taux de couverture vaccinale.

De nombreux articles ont été publiés sur le sujet, qui montrent un bénéfice très favorable de la vaccination en terme économique que ce soit pour les pays à bas et moyens revenus (KN Nelson et al. Vaccine 2016), que pour les pays à hauts revenus (E. Gibson et I. Human Vaccine and Immunotherapy 2016).

Une étude des autorités sanitaires américaines (CG. Whitney et al. Morbidity and Mortality Weekly Report 2014) estime que les vaccinations infantiles réalisées dans la période 1994-2013 permettra de prévenir 322 millions de maladies, 732 000 décès et un coût évité de 295 millions de dollars de coûts directs et 1.38 milliard de dollars de coûts totaux pour la société.

En France, on estime que la vaccination contre l'*Haemophilus Influenzae b* a par exemple conduit à la réduction de 600 cas de méningite en 1992 à aucun cas en 2014²⁴.

Les services de PMI sont des acteurs majeurs de la vaccination infantile et participent activement à assurer des taux de couverture vaccinale élevés, notamment dans les populations les plus fragiles. L'IGAS 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.

1.5.1.5 Une étude originale : l'estimation du ROI des CPEF en Moselle

Sur la partie planification et éducation familiale, une étude réalisée dans les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) de Moselle en 2017 montre un taux de grossesses non planifiées de 47 %, soit 7 600 (ce qui est en cohérence avec la moyenne nationale). Parmi celles-ci, 12 % des femmes ont eu une fausse couche spontanée, 37 % ont eu recours à une IVG (ce qui revient à une dépense d'environ 700 000 euros pour l'Assurance Maladie) et 51 % des femmes ont mené leur grossesse à terme, soit 3 900 naissances.

Or, les enfants nés de grossesses non planifiées présentent davantage de pathologies dans la période périnatale (PS. Shah et al., Maternal and Child Health Journal, 2011), ainsi qu'un risque de maltraitance 1.7 fois plus élevé que les enfants nés de grossesses planifiées. Le taux de maltraitance et/ou négligence infantiles a été estimé à 10 % dans une récente méta-analyse (R. Gilbert et al., Lancet, 2009). Dans l'exemple suscit, cela reviendrait à environ 650 enfants.

Les estimations de dépenses en protection de l'enfance de l'Observatoire National pour la Protection de l'Enfance (ONPE) sont de 7.8 milliards d'euros en 2016²⁵, pour une population de mineurs bénéficiant d'au moins une prestation/mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance d'environ 300 000, soit 26 000 euros par enfant en moyenne. Cela reviendrait pour la Moselle, pour cette seule population d'enfants issus de grossesses non planifiées, à une estimation

²⁴ Cf. *L'épidémiologie des maladies à prévention vaccinale en 2017*. In : *Médecine*, mars 2017, 103-109

²⁵ https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_janvier_2018.pdf

de plus de 17 millions d'euros. Ces chiffres n'incluent pas les dépenses de santé, alors même que l'augmentation du risque de développer des maladies chroniques est démontrée chez ces enfants (x1.5 pour le diabète, x2 pour les maladies cardiovasculaires, x3 pour les maladies respiratoires, x4 pour la dépression). Le risque d'addiction est également nettement plus élevé (risque multiplié par 10 d'utilisation de drogues dites dures). Enfin, le risque de tentative de suicide est, quant à lui, multiplié par 30 (K. Hughes et al., Lancet, 2017).

Le rôle des CPEF dans la prévention de ces situations est majeur. L'utilisation des méthodes contraceptives les plus efficaces est en effet plus importante que dans la population générale : chez les femmes de 20 à 24 ans fréquentant les CPEF, l'utilisation des dispositifs intra-utérins est de 16 % (enquête CPEF Moselle 2017) contre 4.7 % en population générale ; l'utilisation des implants contraceptifs est de 15 % contre 9.6 % en population générale. Ce qui revient pour ce département à une proportion de 31 % des femmes suivies en CPEF utilisant les méthodes de contraception les plus efficaces (contre 15 % hors CPEF). Sachant que le risque de grossesse non planifiée est de 0.5 %/an avec un implant ou un DIU, et de 10 % par an avec les autres méthodes de contraception, cela revient *in fine* à une réduction du risque de grossesse non planifiée (et de ses conséquences) de 18 %.

1.5.1.6 La contribution de la PMI à la prévention de placements

La PMI participe non seulement à la promotion de la santé et à la prévention, mais aussi au soutien à la parentalité et à la protection de l'enfance. Du fait de la pluralité de ses actions et de ses acteurs, la PMI est polymorphe, adaptable à des situations très hétérogènes, et avec une capacité à aller vers des publics en retrait, à établir la confiance, et à proposer un étayage sur mesure.

A plusieurs reprises, la mission a interrogé les équipes de PMI qu'elle a rencontrées en posant au groupe de 12 ou 15 professionnel(le)s présent(e)s la même question : « Est-ce que, parmi l'ensemble des situations que vous avez accompagnées l'an dernier, vous avez en tête une situation pour laquelle vous pensez que, sans l'intervention de la PMI, une mesure de placement aurait été nécessaire ? ». A chaque fois, la totalité des mains se sont levées. Il ne s'agit bien sûr que d'un sondage à main levée fondé sur un ressenti professionnel, mais qui malgré tout témoigne de l'effet de levier préventif de la PMI dans le champ de la protection de l'enfance.

De fait, le ROI pour le département est très élevé :

En effet, le coût salarial annuel d'une infirmière puéricultrice est inférieur au coût annuel payé par un département pour un seul enfant placé à l'Aide sociale à l'enfance (ASE). Ainsi, il suffit que pour une seule des familles accompagnées par cette infirmière, l'étayage et l'accompagnement proposé (à domicile ou en consultation) permettent de prévenir un placement, pour que le ROI soit favorable pour le département. La masse salariale d'une partie des services de PMI est d'une certaine manière autoportée par les dépenses curatives qu'elles permettent d'éviter (de manière malheureusement invisible comptablement).

1.5.1.7 Vignettes cliniques

L'efficience scientifique de la PMI est également corroborée par des exemples de terrain. On trouvera ci-dessous cinq exemples de vignettes cliniques²⁶ illustrant le retour sur investissement des actions conduites par la PMI. Le principal bénéficiaire institutionnel est en l'occurrence l'Assurance Maladie.

Exemple 1 :

Lors d'une visite à domicile de la puéricultrice de PMI, celle-ci fait la promotion et la démonstration dans le contexte de vie de la famille, de l'utilisation d'un soluté de réhydratation orale (SRO) en cas de diarrhée du nourrisson et explique à la mère-aux parents la nécessité de venir faire peser le bébé à la consultation dans cette circonstance. L'appropriation de ces mesures de prévention-dépistage de la déshydratation du nourrisson par ses parents vise un bénéfice en termes de santé en évitant une complication potentiellement sévère pour l'enfant. L'action de prévention ainsi menée a également pour effet une économie potentielle pour l'assurance-maladie, en évitant la présentation de l'enfant aux urgences voire son hospitalisation (le coût comparé de l'intervention de la puéricultrice de PMI à domicile versus la prise en charge hospitalière - même dans sa version la plus "légère" - devrait en attester).

Exemple 2 :

En visite à domicile chez une patiente qu'elle suit dans le cadre d'un accompagnement médico-psycho-social, la sage-femme de PMI est alertée par des signes que la patiente décrit au cours de la consultation, qui n'ont pas inquiété celle-ci mais témoignent d'une menace d'accouchement prématuré. Elle lui explique l'importance de se rendre aux urgences, où la patiente pourra bénéficier d'un traitement pour stopper les contractions et d'une corticothérapie, permettant d'améliorer l'état de santé de l'enfant à la naissance et de diminuer le risque de complications et de séquelles pour celui-ci. Au retour à domicile de la patiente, la sage-femme met en place avec la femme et les partenaires (cantine, garderie, TISF...) une organisation permettant à celle-ci de se reposer et de différer l'accouchement. Les coûts de prise-en-charge de l'enfant en seront fortement réduits.

Exemple 3 :

Certains services de PMI et de planification familiale se sont emparés de la possibilité qui leur est ouverte de réaliser des IVG médicamenteuses dans le cadre de leurs consultations de protection maternelle ou de planification familiale. Environ un tiers des départements seraient actuellement concernés. Ce faisant les médecins et les sages-femmes de PMI contribuent à éviter des IVG plus tardives, souvent plus traumatisantes pour les femmes. Cela évite le recours à des structures de soins plus lourdes et à des actes plus coûteux pour l'assurance maladie.

Exemple 4 :

Lors d'une consultation médicale, certains signes d'alerte indiquant un risque de troubles du développement chez l'enfant peuvent faire l'objet d'une orientation vers le psychologue du centre de consultation PMI. Celui-ci prendra le temps nécessaire à l'évaluation clinique autour des signes cliniques chez l'enfant. Une orientation en lien avec le reste de l'équipe offrira à la famille la possibilité de se sentir partie prenante et respectée dans ce choix, condition favorable en ce qui

²⁶ Les quatre premières vignettes cliniques sont issues de la Plate-forme « Assurer l'avenir de la PMI » ; la cinquième vignette est tirée d'un article du Docteur Valérie Ledour paru en 2018 dans *Enfance et Psy* N°77 ; https://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=EP_077_0066#

concerne l'efficacité des prises en charge. Parfois, le fait de proposer quelques entretiens réussit à mobiliser les parents autour de leur enfant et il arrive alors de voir une évolution positive à l'expression de certains symptômes, évitant une prise en charge plus lourde (retard de langage, retrait relationnel, agitation, colères, opposition...). En résumé les entretiens précoces avec le psychologue de PMI sont un atout en ce qui concerne le travail autour des orientations, grâce aux regards croisés et pluriels de l'équipe. Ils offrent aussi la possibilité d'accompagner les familles au décodage des symptômes de leur enfant et assez régulièrement à la réduction des symptômes, évitant une prise en charge plus conséquente.

Exemple 5 :

Anna a 14 ans et 6 mois quand elle vient pour la première fois au Centre de planification en octobre 2017. Le rendez-vous a été pris par une de ses amies qui a déjà consulté plusieurs fois. Elle refuse de nous communiquer son identité et nous enregistrons son dossier avec un pseudo. Elle ne nous donne pas son adresse, ni son numéro de téléphone, mais nous savons qu'elle fréquente le même établissement scolaire que son amie. Anna a des rapports sexuels non protégés depuis quatre mois avec un jeune majeur. Son amie s'en inquiète, consciente des risques de grossesse et d'infection sexuellement transmissible, ce qui l'a amenée à prendre le rendez-vous et accompagner Anna. Anna est plutôt opposante lors de ces premiers échanges et ne se livre pas beaucoup. Elle évoque une situation familiale difficile : ses parents sont séparés. Elle vit avec sa mère avec qui elle entretient une situation conflictuelle. Sa mère est parfois violente physiquement avec elle. Son père lui manque. Elle ne semble pas avoir intégré les risques pris autour de ces rapports non protégés. Aucun des deux partenaires n'a évoqué l'usage éventuel d'un préservatif. La notion de consentement à ces rapports est assez floue pour Anna. Elle est flattée qu'un garçon plus âgé s'intéresse à elle et cela suffit à légitimer les rapports sexuels. Elle sait que ce partenaire a eu des relations sexuelles avec d'autres filles. Elle accepte un dépistage des infections à chlamydiae trachomatis et gonocoque par autoprélèvement. Elle refuse tout moyen de contraception mais écoute attentivement nos propositions et pose de nombreuses questions. Ses représentations sont émaillées d'idées fausses autour des moyens de contraception. Nous convenons d'un rendez-vous pour lui remettre les résultats des tests. Ceux-ci reviennent positifs témoignant d'une co-infection Chlamydiae et gonocoque. (...) La prise du traitement antibiotique par injection et voie orale est l'occasion pour elle d'une régression spectaculaire (...) Elle accepte un dépistage sanguin des autres IST qui, heureusement, est négatif. Une relation de confiance s'installe peu à peu (...). Les rapports sexuels sont protégés par préservatifs. Elle s'intéresse à l'implant contraceptif « pour bientôt » (...).

1.5.2 Conditions à respecter pour des impacts positifs

1.5.2.1 La qualité des interventions, un critère essentiel

Ces éléments en faveur d'actions médico-sociales précoces autour de la naissance ne doivent pas faire oublier un point crucial. Cela ne fonctionne pleinement que si les interventions sont qualitativement élevées.

Une publication récente (mars 2018) du Washington State Institute for Public Policy montre un ratio bénéfiques/coûts à 1.63, au lieu des 6.4 calculés par TR Miller dans sa méta-analyse sur la période 1996-2013. Le programme a alors 70 % de chances d'être coût-efficace²⁷.

²⁷ <http://www.wsipp.wa.gov/BenefitCost/Program/35>

Une hypothèse pour expliquer ceci pourrait être le succès du programme dans tous les États-Unis qui aurait pu faire baisser la qualité des interventions.

La question de la qualité est un élément crucial du programme PANJO, rappelé par les responsables de Santé Publique France. Le volet de l'organisation des services et formation/soutien des professionnels est aussi important que le volet intervention auprès des familles.

Un des enseignements majeurs des résultats préliminaires du programme PANJO est l'adhésion forte des professionnels et des familles, créant une véritable alliance de travail.

L'Institut National de Santé Publique du Québec a publié en 2010 un avis scientifique, basé sur une analyse de la littérature, faisant émerger les conditions de succès d'une action médico-sociale en périnatalité (https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1141_EfficaciteInterventionsSIPPE.pdf) :

- une intervention débutée précocement, dès la grossesse, et poursuivie durant l'enfance,
- le respect de critères de qualité d'un programme dédié, la formation et la supervision des intervenants,
- la pluralité des interventions avec des objectifs multiples et transversaux,
- l'engagement des familles participant au programme.

Les développeurs du programme PANJO ont porté leur attention sur ces facteurs pour se mettre dans les meilleures conditions pour qu'il réussisse.

Si les résultats finaux du programme PANJO sont positifs et qu'une extension du programme sur le territoire national est décidée, une vigilance accrue devra être portée aux moyens de sa mise en œuvre. Les équipes devront s'approprier le programme et faire les démarches préalables indispensables à son succès : réorganisation interne afin de libérer suffisamment de temps humain pour mettre en place des visites à domicile intensives, formation des personnels, repérage précoce des familles.

Les services de PMI sont les acteurs adéquats pour la mise en œuvre d'un tel programme. Mais cela nécessitera un soutien fort des pouvoirs publics.

1.5.2.2 L'importance d'une approche prévenante, ouverte et non prédictive

Parce que la PMI se situe à l'avant-poste de la lutte contre les inégalités sociales de santé, les professionnels sont amenés à pratiquer au quotidien un universalisme proportionné : l'accès à la PMI est ouvert à tous (universalisme), mais les interventions sont proportionnées en fonction du gradient social (actions renforcées en direction des enfants et des familles vulnérables).

En tenant cette subtile ligne de crête, la PMI a développé une analyse réflexive et dégagé des principes pour guider l'action.

Parmi ces principes, l'affirmation du caractère universel de la PMI apparaît paradoxalement comme une condition pour avoir un impact effectif auprès des publics les plus vulnérables. En effet, lorsque l'offre de service de la PMI est perçue par les plus fragiles comme un service de droit commun ouvert à tous, ces publics s'en saisissent, et les risques de stigmatisation et d'évitement sont mieux circonscrits. L'affichage d'une approche ouverte et universelle est donc essentiel précisément pour pouvoir rejoindre les publics les plus vulnérables.

A contrario, l'affirmation *a priori* d'un ciblage explicite et exclusif peut être contre-productive :

« La tendance au recentrage des missions de PMI uniquement sur des familles défavorisées risque de les exclure un peu plus d'un système de soins qu'elles fréquentent volontiers parce qu'il est ouvert à tous et pour tous. Or, c'est cette dimension "pour tous" qui permet une réelle prévention précoce, en offrant à chaque femme et à chaque famille, dès la grossesse, une écoute bienveillante et attentive et la possibilité de faire le point d'une façon globale, afin d'accueillir le bébé dans les meilleures conditions.»^[1]

Le rapport consacré par l'IGAS en 2011 aux inégalités sociales de santé aboutissait aux mêmes préconisations : « L'accentuation des interventions publiques doit être conçue de manière à éviter tout risque de stigmatisation, en raison du risque élevé d'organiser une forme de contrôle social intolérable en direction des populations les plus défavorisées. Les approches retenues doivent se garder d'être trop intrusives dans la vie privée des individus ».

Un deuxième principe d'action concerne la bienveillance et le refus d'approches prédictives et intrusives. A cet égard, certains professionnels de PMI reprochent à l'Etat de promouvoir une vision instrumentale de l'entretien prénatal précoce et de vouloir le transformer en « *un repérage des situations à risque, induisant des soupçons sur une parentalité défaillante.* »^[2]

Enfin, la mission a pu constater, lors de ses déplacements, l'attention que les professionnel(le)s de PMI mettent à rassurer et réassurer les parents (« empowerment ») et à construire une alliance thérapeutique et éducative avec eux.

L'ensemble des PMI rencontrées avait parfaitement intégré le concept d'universalisme proportionné, alliant le souci d'une attention particulière aux publics vulnérables avec celui de conserver un accès ouvert à tous. Certains médecins de PMI proposent d'aller plus loin : « *installer les services PMI aussi dans des maisons de santé auprès des libéraux, des maisons de service au public, des maisons de la petite enfance afin d'augmenter la connotation "santé" et la connotation "service universel" .*

Il ne s'agit aucunement de récuser le principe d'un ciblage, qui est de fait extrêmement présent, mais de le pratiquer d'une manière qui ne soit pas stigmatisante et, partant, d'afficher autant que faire se peut la PMI comme une offre de service de droit commun.

Par ailleurs, la notion de vulnérabilité transcende en partie les appartenances socio-économiques, et une grossesse ou un accouchement chez une femme a priori non exposée à une situation précaire peut s'accompagner d'autres facteurs de fragilité (isolement, épuisement, histoire personnelle etc.).

Encadré 3 : L'universalisme proportionné

Ce principe vise à « offrir des interventions universelles destinées à l'ensemble des personnes mais avec des modalités ou une intensité qui varie selon les besoins » (Poissant, INSPQ, 2014).

Il est particulièrement important en matière de prévention. En effet, les mesures universelles ne doivent pas bénéficier majoritairement aux classes sociales les plus aisées et creuser les inégalités de santé. Une corrélation entre le niveau social et l'impact de politiques universelles de santé publique comme la politique nutritionnelle ou la lutte contre le tabagisme a été démontrée (IGAS, 2010 ; Peretti-Watel, Rev Epidemiol Santé Publique, 2008).

^[1] cf. Marie-Laure Cadart, l'enfant et la pmi, d'hier à aujourd'hui, Entre médical, social et politique, « Informations sociales » 2007/4 n° 140 | pages 52 à 63

^[2] Marie-Laure Cadart, op cité

Un rapport de l'IGAS de 2011 sur les inégalités de santé précise que « les grandes campagnes de santé publique semblent mieux toucher les catégories socioprofessionnelles les plus favorisées. Celles-ci reçoivent plus facilement le message et ont la possibilité matérielle et culturelle de l'intégrer à leur comportement ».

Le facteur géographique joue aussi un rôle avec des comportements différents dans un même groupe social selon le territoire considéré (Michelot, Evolutions, 2010).

L'action sur le gradient social en santé ne doit cependant pas uniquement viser les publics les plus vulnérables, sous peine d'être stigmatisante et de négliger une partie de la population éligible, mais associer approche universelle et approche ciblée.

Cette démarche intégrative permet à tous d'accéder à un service, avec une modulation du périmètre d'action et de son intensité en fonction des besoins analysés.

Dans le cadre de la PMI par exemple, un avis de mise à disposition du service est adressé systématiquement à toutes les femmes enceintes, mais la prise de contact pour proposer une visite à domicile est ciblée sur des critères médico-sociaux.

La notion de « service en cascade » trouve également son application. Une visite à la PMI pour la pesée d'un nourrisson peut déclencher ensuite d'autres actions : échanges autour de l'allaitement et du sommeil puis, au fil de la confiance qui s'est nouée, participation à des actions collectives voire mise en place d'un suivi régulier en consultation pour le bébé ou en postnatal pour la mère.

L'universalisme proportionné doit « trouver sa place comme principe d'action publique, au plus près des fonctions exécutives nationales » (Affeltranger, Santé Publique, 2018).

Source : *Mission*

1.5.3 Une forte convergence avec les priorités identifiées par la Stratégie Nationale de Santé

La prévention est la première priorité retenue par la Stratégie Nationale de Santé²⁸ (SNS) pour 2018-2022. Le premier axe de la SNS s'intitule ainsi : « Faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé ».

A ce titre, la SNS prévoit notamment d'accompagner les parents dès la période prénatale dans la réduction des risques pour la santé des enfants, et de développer dès le plus jeune âge l'éducation à la santé et les compétences psychosociales.

Les atouts des services de PMI pour accompagner ce virage préventif sont multiples, tenant entre autres à leur proximité géographique, à leur approche globale de la santé, aux modalités adaptées d'accueil des publics, à l'accompagnement non stigmatisant pour les populations vulnérables, à la gratuité.

Les caractéristiques de la PMI en font également un acteur pertinent pour lutter contre les inégalités sociales de santé, autre priorité affirmée de la SNS. Les interventions précoces de la PMI, débutées pendant la grossesse par les sages-femmes et poursuivies avec les enfants par les infirmières puéricultrices et les médecins, permettent d'agir favorablement dès le plus jeune âge et contribuent à mettre un frein à la constitution précoce et à la reproduction entre générations des inégalités sociales de santé.

²⁸ « Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention dans tous les milieux, tout au long de la vie ».

Enfin, l'action des PMI se situe au cœur de l'importance accordée par la SNS aux « 1 000 premiers jours de la vie ».

Dans ce contexte il serait logique que les pouvoirs publics accordent une attention soutenue à la PMI et s'attachent à consolider et renforcer ce levier essentiel de santé publique.

Or, au cours des dernières années, la PMI n'a guère été au premier plan des préoccupations et des financements publics.

1.6 Une « vieille dame » invisibilisée et victime de négligence institutionnelle

La décentralisation de la PMI a contribué à une perte de visibilité de cette politique publique au niveau national. L'invisibilité relative de la PMI se joue sur plusieurs niveaux : faible investissement statistique, remontées budgétaires imprécises, connaissance approximative des activités, absence de tête de réseau, etc. Faute d'espaces de co-construction entre l'État, les départements et l'Assurance Maladie, la PMI a vu ses missions s'accroître sans que cela ne s'accompagne d'une réflexion partagée sur le modèle économique qui aurait permis d'absorber ces évolutions sans pénaliser les activités de prévention précoce. Aujourd'hui, le tableau « clinique » de la PMI est inquiétant : les moyens alloués sont très modestes, les statuts peu attractifs, les disparités territoriales très importantes et la couverture des besoins en matière de prévention est insuffisante.

1.6.1 La PMI est peu investie par l'appareil statistique national

1.6.1.1 Les activités de la PMI font l'objet d'une remontée statistique annuelle à la DREES

Les textes prévoient (article R.2112-8 du CSP) des « états statistiques concernant d'une part les activités du service départemental²⁹ et d'autre part la situation sanitaire au titre de la protection maternelle et infantile ».

Dans le cadre de son enquête sur l'aide sociale auprès des conseils départementaux, 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, ainsi que sur la formation, le contrôle et l'accompagnement des assistantes maternelles.

Toutefois, compte tenu des contraintes de moyens humains de la DREES, l'exploitation des données collectées ne donne pas lieu à une publication annuelle ciblée sur la PMI, ni à un retour aux départements autour d'indicateurs clefs leur permettant d'apprécier leur situation relative. Ainsi que la mission l'a constaté lors de ses déplacements, ce silence ministériel est source de frustration pour les acteurs de terrain et alimente un sentiment de non reconnaissance.

La dernière étude thématique dédiée aux services de PMI publiée par la DREES remonte à 2015, et portait sur des données 2012³⁰. Alors que les publications sur les modes de garde sont abondantes. Aucune étude spécifique sur la PMI n'a été publiée par la DREES depuis 2015 (une publication est prévue en 2019 après validation et consolidation des données déclarées).

²⁹ Cf. questionnaire annuel sur le service départemental de PMI prévu par le décret du 14 août 1985 et l'arrêté du 18 décembre 1998

³⁰ Élise Amar et Françoise Borderies (DREES), 2015, « Les services de PMI : plus de 5 000 points fixes de consultations en 2012 », *Études et Résultats*, n°913, Drees, Avril.

La mission recommande que la DREES investisse plus fortement le champ de la protection maternelle et infantile. La diffusion d'études régulières sur l'activité de la PMI contribuerait à donner une meilleure visibilité à cette politique publique et à un pilotage politique plus réactif.

Recommandation n°1 : Assurer la publication d'études annuelles de la DREES et développer la recherche dans le champ de la PMI (DGS, Santé Publique France...)

1.6.1.2 La dépense nationale de PMI n'est appréhendée qu'approximativement

Au niveau national, deux sources principales coexistent pour mesurer la dépense de PMI : les comptes de la santé (DREES) et les comptes de gestion des départements (DGCL³¹). A l'heure actuelle, ces deux sources débouchent sur des estimations divergentes, avec un écart de l'ordre de 200 M€ entre la dépense de PMI estimée par la DREES (615 M€) et les données de la DGCL (414 M€), comme l'a relevé récemment le rapport d'information parlementaire de Mme Ericka Bareigts et de M. Cyrille Isaac-Sibille.³²

La dépense de PMI selon la DGCL : environ 400 M€

La DGCL est destinataire via la DGFIP des comptes de gestion des départements. Ces données, qui présentent l'intérêt de couvrir exhaustivement l'ensemble des départements, ne font l'objet d'aucun retraitement par le Ministère de l'Intérieur. Au sein de ces comptes de gestion, la DGCL identifie – mais seulement depuis 2013 - une sous-fonction 41, intitulée « dépenses de PMI et planning familial ».

L'évolution de la sous-fonction 41 depuis 2013 fait apparaître une baisse de 3 % en cinq ans, avec une dépense nationale de PMI s'élevant à 414 M€ en 2017 :

Tableau 1 : Evolution de la dépense nationale de PMI depuis 2013 selon la DGCL

	2013	2014	2015	2016	2017	Evolution 2013/2017
France métropolitaine	393 M€	390 M€	396 M€	379 M€	376 M€	-4 %
Métropole + DROM	427 M€	416 M€	422 M€	419 M€	414 M€	-3 %

Source : DGCL et mission parlementaire

Ces données sont toutefois à interpréter avec précaution. En effet, la ventilation fonctionnelle de leurs dépenses par les départements ne fait pas, à ce jour, l'objet d'une harmonisation, et les usages varient d'une collectivité à l'autre. Selon les départements, certaines dépenses relevant en principe de la PMI sont ainsi imputées tantôt à la sous-fonction 41, tantôt à la sous-fonction 40 « Prévention médico-sociale - Services communs » ou encore à la sous-fonction 42 « Prévention et éducation pour la santé ».

A titre d'illustration, environ 60 % des départements laissent vierge, dans les comptes de gestion remontés à la DGCL, la colonne correspondant à la rémunération des personnels de la PMI : la masse salariale correspondante est en fait regroupée avec d'autres dépenses de personnel au sein de la sous-fonction 40 « services communs ». **La dépense globale de PMI calculée par la DGCL est donc significativement sous-estimée.**

³¹ Direction générale des collectivités locales

³² Rapport parlementaire d'information N°1234 du 12 septembre 2018 relatif à la prévention santé en faveur de la jeunesse

La mission parlementaire s'est essayée à une tentative de redressement des données de la DGCL : en majorant forfaitairement de 60 % les dépenses de PMI des départements n'ayant pas renseigné la rémunération des personnels de la PMI, la dépense nationale de PMI (DROM compris) serait plutôt de l'ordre de 490 M€. Mais cette estimation demanderait elle-même à être redressée, cette fois-ci à la baisse, puisque certains départements comptabilisent en dépenses de « PMI et planning familial » des aides facultatives aux modes d'accueil qui ne devraient pas y figurer.

En tout état de cause, les trois exemples suivants permettent d'illustrer la fragilité des interprétations qui peuvent être retirées des comptes de gestion dont dispose la DGCL :

- entre 2016 et 2017, les dépenses de PMI de l'Essonne ont bondi de de 1,3 M€ à 28 M€. Vérification faite auprès du département, cette augmentation résulte de la prise en compte des dépenses de personnel de PMI à partir de 2017 ;
- entre 2013 et 2017, la dépense de PMI des Yvelines affiche une baisse de 85 %. Vérification faite auprès du département, cette baisse résulte principalement de la suppression de 10M€ d'aides facultatives aux crèches qui étaient imputées dans le budget de la PMI ;
- enfin, à la lecture des données de la DGCL, l'Ariège se singularise par une dépense de PMI s'élevant à ... 607 €. Or, les relevés d'effectifs de PMI pour l'Ariège transmis à la DREES font bien apparaître des médecins, des sages-femmes et autres personnels affectés à la PMI, en contradiction avec les comptes de gestion transmis à la DGCL.

La dépense de PMI selon les comptes de la santé : environ 600 M€

Les « Comptes de la santé » publiés par la DREES intègrent un agrégat intitulé « PMI et planning familial »³³. Si l'on retranche de cet agrégat les actions financées par les organismes de sécurité sociales, la part des dépenses relevant des seuls services de PMI s'élevait à 615 M€ en 2016.

Toutefois, d'après les informations communiquées à la mission par la DREES, ce chiffre est surestimé. Il s'agit en effet d'une estimation fonctionnelle élaborée au début des années 2000, et revalorisée forfaitairement depuis sur la base du taux d'évolution des dépenses sociales. Cette estimation ne prend donc pas en compte l'impact budgétaire des nombreux postes de médecins vacants ni le fait que les dépenses de PMI ont pu localement évoluer de manière moins dynamique que, par exemple, les allocations individuelles de solidarité. A la suite de observations du rapport Bareigts-Isaac Sibille, la DREES a entrepris un travail pour fiabiliser ses données.

Afin d'améliorer la connaissance par l'appareil statistique de cette politique publique, et de fiabiliser les comparaisons interdépartementales, la mission recommande d'harmoniser les dépenses imputées au sous-compte 41, par un travail entre l'Association des départements de France (ADF), la DGFIP, la DGCL et la DREES.

L'estimation de la mission parlementaire : environ 500 M€

En 2006, l'IGAS avait procédé à une estimation de la dépense nationale de PMI en valorisant les effectifs des PMI (titulaires, vacataires et contractuels) et en majorant la masse salariale ainsi obtenue d'un coefficient forfaitaire de 20 % de frais de gestion. La dépense nationale de PMI était alors estimée à 630 M€ pour l'année 2004.

En appliquant la même méthode de calcul, la mission parlementaire aboutit à une dépense nationale de PMI de l'ordre de 530 M€ pour l'année 2015 (cf. détail du calcul en Annexe).

³³ D'un montant de 688 M€ en 2010, 683 M€ en 2011, 673 M€ en 2012, 681 M€ en 2013, 673 M€ en 2014, 662 M€ en 2015, 658 M€ en 2016 (source : comptes de la santé de 2016, DREES)

Il ne s'agit que d'une estimation, mais la tendance entre 2004 et 2015 peut être considérée comme significative puisque la méthode utilisée est la même.

Sur la base de l'ensemble des sources disponibles, la mission estime que la dépense nationale de PMI se situe aujourd'hui dans une fourchette comprise entre 450 M€ et 550 M€.

Le principal constat de la mission est celui d'une dépense nationale de PMI nettement orientée à la baisse : **en l'espace d'une décennie, il semble que le budget annuel que notre pays consacre à la PMI ait diminué d'environ 100 M€.**

1.6.1.3 Les effectifs de la PMI sont mieux connus

Grâce à son enquête annuelle auprès des départements, la DREES dispose d'une connaissance précieuse des effectifs de la PMI. Exprimées en termes d'ETP, les ressources humaines directes de la PMI correspondent à **un peu plus de 10 000 ETP**, en 2015 comme en 2010. Cette stabilité globale recouvre une diminution significative du nombre de médecins (-7,7 % de 2010 à 2015) tandis que le nombre d'infirmières puéricultrices, de sages-femmes et d'éducateurs de jeunes enfants (EJE) a augmenté. La profession la plus nombreuse est celle des infirmières puéricultrices, qui représentent 40 % des effectifs. Par ailleurs, en 2013, les effectifs des PMI représentaient environ 4 % des ETP des départements.³⁴

1.6.1.4 L'activité et les publics de la PMI ne sont qu'imparfaitement suivis

L'enquête annuelle de la DREES auprès des départements permet de retracer l'évolution de l'activité de consultation et de visites à domicile des services de PMI, ainsi que l'activité d'agrément des assistantes maternelles, à laquelle le questionnaire accorde une place importante.

En revanche, aucune information n'est collectée sur le contenu des activités collectives mises en œuvre.

S'agissant des publics qui sont en contact avec la PMI, il faut se tourner vers des sources locales ou associatives pour avoir une analyse de la sociologie de ces publics, des motifs de fréquentation de la PMI et de leur satisfaction quant à ce qu'elles y trouvent (ou pas).

1.6.2 La PMI représente 1 % des dépenses sociales des départements

Au moment de la décentralisation, la PMI représentait environ 1,36 Md de francs³⁵.

Cette dépense a légèrement augmenté dans les années suivant la décentralisation pour s'établir à 1,59 Md de Francs en 1989 selon un rapport du Sénat³⁶.

La Cour des Comptes fait état pour sa part d'une estimation un peu plus basse en 1993 :

« L'action sanitaire en matière de prévention médicale (vaccination, protection maternelle et infantile, prévention du cancer, des maladies sexuellement transmissibles ou de la tuberculose) ou d'hygiène publique (dératisation) a augmenté, en francs constants, de 4,6 % en moyenne depuis

³⁴ Selon l'observatoire de l'emploi territorial du CNPFT, les effectifs des départements s'élevaient à 265 864 ETP au 31.12.2013. Selon les données DREES, les effectifs directs des PMI s'élevaient en 2013 à 10470 ETP. Soit un ratio de $10470/265864=3,9\%$

³⁵ Cf. 1.3

³⁶ Cf. rapport du Sénat précité

1988. Le poids de ces dépenses, d'un montant de 1 440 millions de francs, consacrées aux deux tiers à la protection maternelle et infantile, atteint 2,1 % des dépenses d'aide sociale. » (Rapport de la Cour des Comptes, 1995).

Il semble en tout cas que, dans la décennie qui a suivi la décentralisation, ni le niveau de la dépense globale de PMI (entre 1,3 et 1,5 Md de FF), ni la part relative de la PMI au sein des dépenses sociales départementales (1 % en 1984, 2 % en 1993)³⁷ n'ont été bouleversés.

La dépense de PMI semble avoir ensuite augmenté dans les années 2000 et s'établissait en 2013 à 2,5 Mds de FF (393 M€) selon la DGCL, soit un doublement (en francs courants) depuis la décentralisation (nonobstant les incertitudes sur la fiabilité de cette estimation en l'absence d'une comptabilité analytique harmonisée entre tous les départements).

Sur temps long, les dépenses de protection de l'enfance, alimentées par la hausse des décisions judiciaires de placement, ont changé d'échelle, (2,5 milliards d'€ en 1988³⁸, 4,5 milliards d'€ en 2001, 6,9 milliards d'€ en 2013, 7,8 Mds d'€ en 2016³⁹), ce qui n'est pas le cas pour la PMI.

Sur la période récente, la dynamique budgétaire de la PMI est peu favorable. On observe ainsi une baisse de 4 % de la dépense de PMI entre 2013 et 2017 (chiffres DGCL), tandis que les dépenses d'ASE ont au contraire augmenté de 4,3 % entre 2012 et 2016.

Parallèlement, les trains successifs de décentralisation de compétences sociales aux départements dans le champ de la lutte contre l'exclusion, des personnes âgées et du handicap ont fait émerger des blocs de compétences qui sont montés en puissance.

Trente-cinq ans après la décentralisation, les dépenses sociales des départements sont aujourd'hui dominées par les allocations individuelles de solidarité : le revenu de solidarité active (RSA) pèse 11,7 Mds€⁴⁰, l'aide sociale aux personnes âgées 8,3 Mds€, l'aide sociale aux personnes handicapées 8,1 Mds€, l'aide sociale à l'enfance 7,8 Mds€.

Avec 0,4 Md d'€ en 2018 (chiffres DGCL), **le budget alloué à la PMI ne représente que 1 % de l'ensemble des dépenses sociales des départements** (41 Mds€ en 2018) ou encore 0,6 % de l'ensemble des dépenses de fonctionnement des départements (62 Mds€ en 2018).

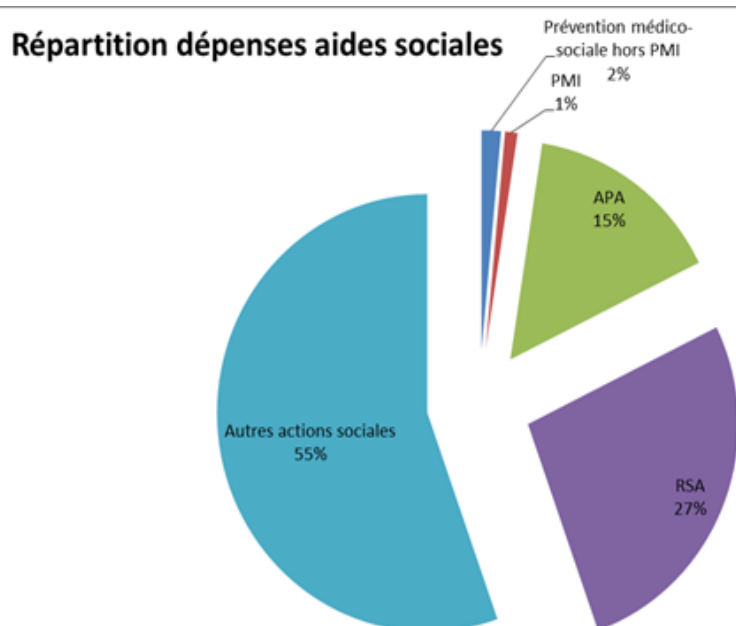
³⁷ Cour des comptes. Rapport précité. P. 26

³⁸ Cour des comptes. Rapport précité, p 25

³⁹ Source : DREES. Dépenses brutes d'aide sociale à l'enfance. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1049.pdf>

⁴⁰ Source : DREES. Dépenses brutes 2016

Graphique 1 : Poids de la PMI dans les dépenses sociales des départements



Source : DGCL - budgets primitifs 2018 des départements

On peut donc considérer que **la PMI est aujourd'hui marginale, au sens propre du terme, au sein des budgets des départements**. La marge d'incertitude qui entoure les estimations de la dépense de la PMI du fait de la difficulté à ventiler les dépenses de personnel ne modifie pas ce constat : que l'on situe la dépense de PMI à 380 M€, à 500 M€ ou à 600 M€, la PMI apparaît comme « un nain budgétaire » au sein de l'action sociale des départements, notamment en comparaison des dépenses consacrées aux allocations individuelles de solidarité.

La comparaison de la dépense moyenne départementale consacrée respectivement à la PMI, au RSA, à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et à l'ASE apporte à cet égard un éclairage intéressant :

Encadré 4 : Dépense moyenne départementale consacrée respectivement à la PMI, au RSA, à l'APA et à l'ASE

Dépense moyenne PMI/département (2018)* :	3,8 M€ (nb : médiane à 1,3 M€)
Dépense moyenne RSA/département (2018)* :	109 M€
Dépense moyenne APA/département (2018)* :	62 M€
Dépense moyenne ASE/département (2015)** :	75 M€

Source : * DGCL – budgets primitifs des départements. Champ : métropole. ** DREES – Enquête annuelle sur les dépenses d'aide sociale départementale

En comparant les budgets respectivement consacrés à la PMI et aux placements d'enfants (ces derniers correspondant à 80 % des dépenses d'ASE soit 6,2 Mds€ en 2015), on peut également relever que **la France consacre aujourd'hui 12 fois moins de moyens à la prévention précoce en direction des familles vulnérables qu'elle n'en consacre à financer des placements d'enfants**.

En conclusion, on peut faire l'hypothèse que les trains successifs de décentralisation de politiques sociales aux départements ont pu alimenter une forme d'invisibilité de la PMI, celle-ci focalisant moins l'attention des exécutifs locaux que d'autres dispositifs plus récemment transférés et à fort enjeu budgétaire, social, ou politique (cf. par ex la transformation du RMI en RSA, l'évolution de la tarification des EHPAD, l'augmentation du nombre de mineurs non accompagnés, la loi de 2005 sur le handicap, etc.) Lors des déplacements de la mission sur le terrain, plusieurs témoignages en ce sens ont été recueillis.

Une des évolutions significatives sur temps long est le décrochage entre les dépenses de PMI et les dépenses d'ASE : la PMI représente aujourd'hui seulement 6 % des budgets engagés dans le champ de l'ASE.

Le curseur budgétaire s'est ainsi déporté du côté de dépenses de « réparation » et en défaveur de la prévention précoce.

1.6.3 Les principes actuels de financement de la PMI sont peu cohérents et peu vertueux

1.6.3.1 La compensation financière issue de la décentralisation est aujourd'hui résiduelle

Lors de la décentralisation, le montant des charges financières afférentes à l'action sociale et à la santé a été assuré pour moitié par un transfert de fiscalité vers les départements et pour moitié par la création d'une dotation globale.

Le montant de cette dotation s'établissait alors à 7,8 Mds en Francs pour l'année 1984 (soit 1,19 Mds€) pour l'ensemble des compétences sanitaires et sociales transférées (ASE, PMI, polyvalence de secteur, aide sociale aux personnes âgées etc.).

Dans son rapport de 1995, la Cour des Comptes observait que l'évolution de la fiscalité transférée et de la dotation de compensation ont été dans un premier temps dynamiques, plaçant les départements dans une situation budgétaire favorable dans la décennie 1980, avec un renversement de tendance à partir de 1990.

Le ralentissement économique a en effet conduit, dans la décennie 1990, à une diminution des recettes fiscales indirectes qui avaient été transférées aux départements et à une évolution ralentie de la dotation générale de décentralisation. A l'inverse, les dépenses sociales, alimentées par la récession, l'augmentation de la pauvreté et le vieillissement, ont cru fortement⁴¹, plaçant les départements dans un effet de ciseaux.

La dotation globale de décentralisation (DGD), qui a été intégrée ultérieurement au sein de la dotation globale de fonctionnement (DGF), a connu sur longue période un net décrochage par rapport à l'évolution du rythme des dépenses d'action sociale, décrochage qui se poursuit jusqu'à aujourd'hui.

A partir de 2009, la DGF a été gelée par l'État. Puis, sur la période 2013-2017, la DGF a connu une baisse significative, pour s'établir à 8,2 Mds€ en 2017 dont 2,8 Mds€ au titre de la dotation de compensation couvrant l'ensemble des transferts de compétences intervenus depuis 1983.

⁴¹ Les dépenses totales d'aide sociale et de santé des départements ont augmenté de 48,5 milliards en 1984 à 77,1 milliards en 1993, avec une augmentation de 21 % entre 1988 et 1993 (Cour des Comptes)

Encadré 5 : La dotation globale de fonctionnement des départements en 2017

La dotation globale de fonctionnement des départements est constituée de 4 composantes :

- une dotation de compensation incluant la dotation générale de décentralisation (DGD). **En 2017, la dotation de compensation des départements représente 2,8 Mds€ ;**
- une dotation forfaitaire issue de l'agrégation des anciennes composantes (dotation de base et complément de garantie) et minorée au titre de la contribution au redressement des finances publiques. En 2017, la dotation forfaitaire s'élève à 4,3 Mds€ ;
- une dotation de péréquation urbaine (DPU), dotation de péréquation verticale pour les départements urbains (653,4 M€ en 2017) ;
- une dotation de fonctionnement minimale (DFM), dotation de péréquation verticale pour les départements non urbains (829,5 M€ en 2017).

Source : DGCL

En droit, l'article 72 de la Constitution n'impose pas que la compensation financière soit réévaluée dans le temps en fonction du coût d'exercice des charges transférées (Décisions du Conseil Constitutionnel n°2003-487 DC du 18 décembre 2003 et n°2003-489 DC du 29 décembre 2003). Par ailleurs, la DGD étant par construction une dotation globale non fléchée, rien ne garantit que le « tuyau » budgétaire mis en place pour compenser un transfert de compétence précis alimente tel service plutôt que tel autre. La dotation est versée au budget général de la collectivité qui procède ensuite à ses arbitrages entre recettes/dépenses conformément au principe de libre administration locale.

Tableau 2 : Evolution de la DGF des départements de 2013 à 2017

	2014	2015 à champ constant	2016 à champ constant	2017
Evolution annuelle de la DGF	-3,6 %	-8,9 %	-9,7 %	-11,3 %

Source : DGFIP. Calculs DGCL

Selon les informations recueillies auprès de la DGCL, la traçabilité des différentes compensations sectorielles s'est perdue depuis 1984 et il n'est pas possible d'isoler aujourd'hui précisément, au sein de la dotation globale de compensation, la fraction correspondant historiquement à la compensation de la compétence PMI.

Toutefois, il est possible de la reconstituer empiriquement : sachant que les départements perçoivent 2,8 Mds€ de dotation de compensation pour 62 Mds€ de budget de fonctionnement, et sachant que la PMI représente 0,6 % des dépenses de fonctionnement des départements, la part relative de la PMI au sein de la dotation de compensation correspond peu ou prou à 0,6 % de 2,8 Mds€ soit moins de 20 M€ (16,8 M€).

Ainsi, il semble que la DGF/DGD ne contribue qu'assez marginalement aujourd'hui au financement de la PMI.

1.6.3.2 Les financements en provenance de l'Assurance Maladie sont très faibles

Les financements de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie

La contribution de la CNAM à la PMI était estimée par l'IGAS à 60 M€ en 2006.

Selon les données transmises par la CNAM à la mission, les Caisses primaires d'Assurance Maladie (CPAM) ont versé 35 M€ aux PMI au titre de l'année 2017, comprenant à la fois le remboursement des consultations des médecins et des sages-femmes et le remboursement des vaccins achetés par les services de PMI. A ce jour, 80 départements ont signé des conventions avec les CPAM.

Les flux financiers en provenance de l'Assurance Maladie ont donc été divisés par deux entre 2006 et 2017.

L'Assurance Maladie intervient de manière très faible puisque sa contribution correspond à environ 7 % des coûts de la PMI (35 M€/500 M€).

Comme pour la DGD, les remboursements en provenance de l'Assurance Maladie sont versés au budget général du département et ne sont pas fléchés.

La principale limite de ce mode de financement tient au fait que les actes de prévention des infirmières puéricultrices ne font actuellement l'objet d'aucun remboursement, faute d'être inscrits à la NGAP. Or, les actes des puéricultrices représentent aujourd'hui 50 % de l'ensemble des actes des PMI. **La moitié de l'activité sanitaire préventive des PMI n'est donc pas prise en compte par l'Assurance Maladie.**

Ainsi, la VAD d'une sage-femme est remboursée par la CPAM à la PMI, mais pas une VAD effectuée par une infirmière puéricultrice auprès d'un nourrisson prématuré (idem pour les consultations).

Cette non reconnaissance de l'activité de prévention des infirmières puéricultrices de PMI constitue, du point de vue de la mission, une anomalie intellectuelle qu'il convient de corriger dans les meilleurs délais.

En effet, il est évident que l'activité des infirmières puéricultrices de PMI contribue de manière très concrète à éviter des passages aux urgences pédiatriques et permet d'éviter aussi bien des dépenses de médecine de ville que des dépenses hospitalières.

Or, l'absence de remboursement des actes de prévention des infirmières puéricultrices ne crée aucune incitation, pour les départements, à développer des VAD infantiles intensives dont la portée est pourtant parfaitement documentée par la littérature (cf. 1.3).

Les départements qui financent – de manière volontariste – des consultations et des VAD infantiles au-delà des seuils réglementaires, le font à leurs frais, tandis que les externalités positives bénéficient à l'Assurance Maladie.

La mission recommande donc que les actes de prévention des infirmières puéricultrices soient inscrits dans les meilleurs délais à la NGAP afin de pouvoir être remboursés.

Par ailleurs, la mission observe que le cadre juridique actuel des financements de l'Assurance Maladie mériterait d'être reposé et refondé. Le remboursement à l'acte ne permet pas véritablement de poursuivre des objectifs de santé publique.

Plutôt que de rembourser a posteriori des actes individuels, ne serait-il pas plus opportun que les CPAM et les PMI fixent d'un commun accord des objectifs populationnels à atteindre, avec un financement de l'assurance maladie en fonction de la réalisation de ces objectifs ?

Une telle approche permettrait par exemple de soutenir les actions collectives des PMI concourant à des objectifs de santé publique (promotion de l'allaitement maternel, prévention de l'obésité infantile, etc.), actions qui ne bénéficient actuellement d'aucun financement. Il serait également cohérent que l'Assurance Maladie incite financièrement les PMI à développer, sur la base de

priorités de santé repérées (autisme, saturnisme, mort subite du nourrisson, prévention de la prématurité, obésité infantile...), des interventions précoces coût-efficaces en matière de dépistage, de diagnostic ou d'éducation thérapeutique.

Il apparaît donc hautement souhaitable de faire évoluer et d'enrichir le système actuel de financement de l'Assurance Maladie vers la PMI en s'inspirant notamment des pistes ouvertes par le récent rapport de la Task Force « Réforme du Financement du système de santé »⁴².

Enfin, la faiblesse des interfaces informatiques entre CPAM et PMI, et la complexité administrative des circuits de remboursement constituent de toute évidence des chantiers de simplification (la télétransmission des actes n'est pas généralisée, ce qui occasionne des saisies papiers de la part des PMI pour se faire rembourser, et génère semble-t-il une sous-déclaration de leurs actes par les PMI par manque de temps).

Les cofinancements au titre du Fonds d'intervention régional (FIR) restent exceptionnels

Les ARS ont la possibilité juridique et financière d'intervenir *via* le FIR, pour épauler les actions de la PMI dans le champ de la santé maternelle et infantile. Pourtant, peu d'ARS le font. La vision de la PMI comme relevant d'un bloc de compétences départemental semble l'emporter (« c'est au département de financer »).

Le financement par les ARS d'actions de santé menées par les PMI est aujourd'hui peu développé.

Quelques ARS soutiennent, dans le cadre du FIR, le déploiement du projet « Petits Pas Grands Pas » inspiré de PANJO, sous la forme d'aides à la formation et à la supervision de quelques dizaines de milliers d'euros. L'ARS des Hauts-de-France soutient également le dépistage précoce et l'accès effectif aux soins des enfants de maternelle, en lien avec la PMI.

Encadré 6 : Un exemple d'universalisme proportionné : le partenariat ARS-PMI-APRIS dans le Pas de Calais

Dans le Pas de Calais, l'association APRIS, soutenue par l'ARS, intervient pour corriger les inégalités sociales de santé.

Accompagnement vers l'accès aux soins suite au bilan de santé en école maternelle (BSEM) :

L'APRIS a assuré au cours de l'année scolaire 2017-2018 1880 suivis et accompagnements d'enfants pour lesquels un trouble avait été repéré lors du BSEM. APRIS propose aux familles un accompagnement et un suivi vers l'effectivité et l'accès aux soins. Cela se traduit par la prise de rendez-vous auprès des professionnels de santé avec lesquels l'APRIS est partenaire (ORL, Ophtalmologiste, orthoptiste, orthophoniste), afin de permettre à la famille un accompagnement efficace et rapide dans la prise de rendez-vous (délais et secteur). Mais aussi, éviter les ruptures dans le parcours de santé de l'enfant tout en assurant un suivi auprès des acteurs de santé qui gravitent autour de l'enfant. (Médecin de l'éducation Nationale, médecin et/ou puéricultrice de PMI, médecins traitants).

Accompagnement vers l'accès aux soins en cas de trouble du langage en zone REP+ :

Les enseignants de petites sections de maternelle situées dans les zones REP + effectuent un dépistage des troubles du langage à l'aide de l'outil « Dépistage Prévention langage à 3 ans (DPL3) ». En cas de dépistage faisant apparaître une anomalie, APRIS assure le suivi de l'enfant dépisté « en difficulté » pour faciliter son accès aux soins. En 2017-2018, 2500 enfants de 116 écoles ont participé sur l'ensemble du département.

⁴² <http://www.rsqr-hdf.com/actualite/actualite-de-la-sante/article/rapport-task-force-reforme-du>

Dépistage précoce des troubles visuels et accompagnement vers une prise en charge :

L'action vise à améliorer le dépistage précoce des troubles visuels et à s'assurer de l'effectivité des soins des enfants présentant un trouble visuel dépisté. Il est proposé dans les établissements REP et REP + de manière à permettre aux enfants de bénéficier d'un dépistage précoce et, le cas échéant, d'un accompagnement via l'APRIS vers la prise en charge la plus adaptée. En 2017-2018, 5047 enfants ont bénéficié de ce dépistage précoce dans 344 écoles du département du Pas de Calais.

Ces actions sont soutenues financièrement par l'ARS à hauteur de 247 000 € par an.

Source : ARS des Hauts-de-France

Ces orientations apparaissent tout à fait justifiées puisque les ARS ont pour mission d'œuvrer à la mise en œuvre des priorités sanitaires définies par la SNS et les PRS.

L'un des directeurs généraux d'ARS avec lesquels la mission s'est entretenue déplorait d'ailleurs la mobilisation récurrente du FIR pour remédier aux difficultés de trésorerie des hôpitaux, en considérant qu'une réorientation d'une fraction du FIR vers la PMI aurait un effet de levier plus intéressant et plus puissant.

Globalement, la faiblesse des financements au titre de l'ONDAM soulève des interrogations compte tenu du focus mis par les autorités sur les enjeux de prévention sanitaire précoce.

1.6.3.3 Le système actuel ne permet pas de sécuriser les moyens de la PMI

Il résulte de cette revue des financements que ni l'Etat, ni l'Assurance Maladie ne contribuent de manière significative au financement de la PMI. Celui-ci repose donc essentiellement sur les ressources propres des départements.

Concrètement, les services de PMI doivent, pour obtenir les moyens dont ils ont besoin, s'en remettre à leur dialogue de gestion local avec l'exécutif départemental.

Ainsi, en l'absence de financements fléchés, les services de PMI sont directement « en concurrence » avec l'ensemble des autres politiques que le département doit financer, et notamment les allocations individuelles de solidarité.

Or, comme l'analyse le rapport de la mission Richard-Buhr⁴³, entre 2011 et 2016, les dépenses d' AIS ont représenté 75 % de la croissance des dépenses de fonctionnement des départements. Selon l'ODAS, entre 2013 et 2017, la part des allocations au sein des dépenses sociales départementales est passée d'un quart (26 %) à un tiers (34 %).

Face à la croissance dynamique de ces dépenses obligatoires sur lesquelles les départements ont peu de prise, les exécutifs départementaux doivent donc impérativement réduire ou stabiliser leurs autres dépenses, sauf à augmenter les impôts locaux.

Le pacte de stabilité entre l'État et les collectivités locales, qui plafonne à 1,2 % le taux directeur d'évolution des dépenses de fonctionnement des collectivités signataires sous peine de pénalités financières, exerce un niveau supplémentaire de contrainte.

Dans ce contexte budgétaire tendu, les budgets de PMI, qui sont constitués principalement de dépenses de personnel, sont particulièrement exposés à des mesures d'économies budgétaires.

⁴³https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/05/rapport_sur_la_refonte_de_la_fiscalite_locale_-_09.05.2018.pdf

Les activités de prévention sont en effet vulnérables : elles ne sont pas normées (à la différence d'un prix de journée en établissement par exemple), elles ne mettent pas en jeu des droits opposables (à la différence des AIS), elles ne résultent pas de décisions judiciaires exécutoires (à la différence de l'ASE), et les économies qu'elles induisent bénéficient d'abord à l'assurance maladie (même si l'impact de la PMI en termes de prévention des placements constitue désormais un argument utilisé par les médecins de PMI pour défendre le budget de leur service).

L'évolution récente de la dépense globale de PMI retracée par la DGCL (-4 % depuis 2013) témoigne que la prévention fait malheureusement les frais du jeu de contraintes qui s'exerce aujourd'hui sur les départements.

Même dans les départements cultivant une approche volontariste en matière de PMI, la mission a effectivement constaté un tassement des budgets de PMI sur la période récente.

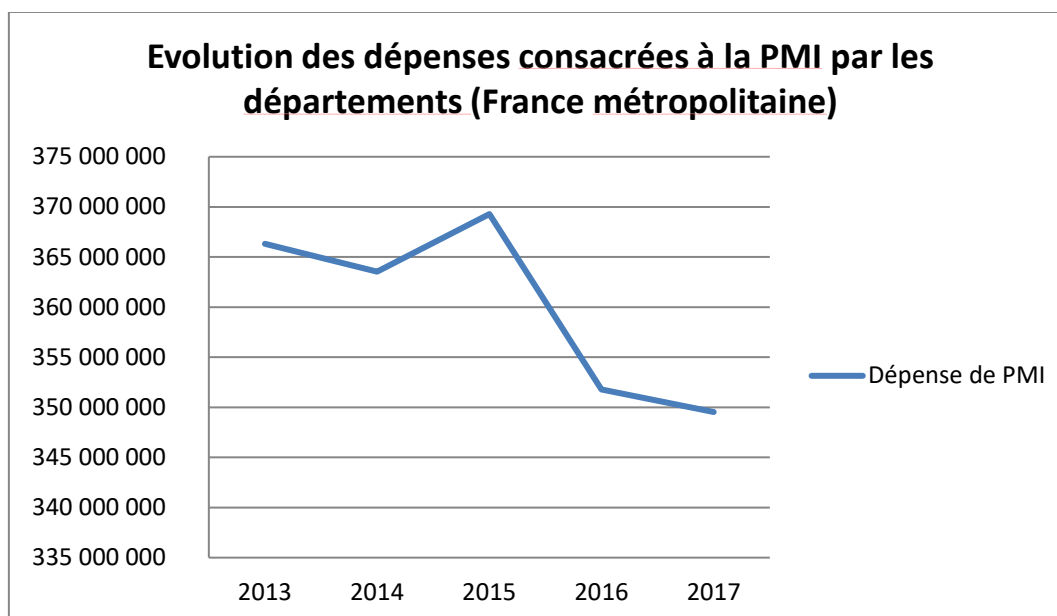
Le « modèle économique » issu de la décentralisation trouve ainsi ses limites : les moyens dont la PMI aurait besoin pour assurer ses missions de prévention précoce ne sont pas aujourd'hui sécurisés.

1.6.4 Une politique publique victime de négligences institutionnelles

1.6.4.1 A rebours des priorités affichées en faveur de la prévention précoce, la France désinvestit dans la PMI

Certains départements, peu nombreux, ont fait le choix d'un soutien budgétaire volontariste à la PMI. Mais dans la plupart des collectivités, les arbitrages budgétaires se sont traduits sur la période récente par une stagnation voire par une baisse des moyens alloués à la PMI, dans un contexte fortement contraint par les AIS et en l'absence d'incitation de l'État et de l'Assurance Maladie à investir davantage.

Cette évolution budgétaire télescope et contredit la priorité affichée par les pouvoirs publics en faveur de la prévention précoce.



Source : DGCL – comptes de gestion – France métropolitaine

1.6.4.2 Une décentralisation sans régulation et sans espaces de gouvernance

Dans un contexte où les finances départementales se tendaient, l'absence d'un espace politique organisé de dialogue entre l'ADF, l'État et l'Assurance Maladie a été préjudiciable à l'émergence d'une vision partagée de la PMI qui aurait permis de définir des priorités stratégiques adossées à un financement sécurisé.

Cette faiblesse de la gouvernance se retrouve au niveau local où les relations contractuelles entre les PMI, les ARS et les CPAM autour d'actions de santé publique sont rares, et peu financées. L'ARS des Pays-de-Loire met en œuvre une animation interdépartementale des PMI, et l'ARS des Hauts-de-France mobilise le FIR pour cofinancer les bilans de santé en école maternelle (BSEM), mais ces initiatives semblent isolées.

La décentralisation s'est ainsi accompagnée d'une absence de portage politique par l'État et d'un repli de ses services sur plusieurs registres :

- l'État a progressivement abandonné sa fonction d'animation. Les « journées PMI » organisées par le ministère de la santé et qui permettaient aux professionnels de se rencontrer et d'échanger, ont été supprimées il y a plus de 20 ans ;
- en second lieu, l'État n'a pas été le garant du respect des normes réglementaires qu'il avait lui-même édictées : le non-respect chronique de ces normes s'est installé dans le paysage sans susciter de réaction de la part des représentants de l'État ou des ministres successifs ;
- ces normes d'effectifs et d'activités, au demeurant, n'ont pas été réactualisées depuis 27 ans, ce qui ne contribue pas à en préserver l'autorité et la légitimité ;
- les recommandations de l'IGAS en 2006 proposant de remplacer cette approche réglementaire par un pilotage sous la forme d'objectifs de santé publique n'ont pas été mises en œuvre ;
- comme indiqué précédemment, le champ de la PMI est – sur le versant sanitaire – beaucoup moins investi par l'appareil statistique que celui de la petite enfance, alimentant l'invisibilité de la PMI.

Enfin, dans un contexte de démographie médicale en baisse, le statut de médecin territorial n'a pas connu de revalorisation, creusant le déficit d'attractivité de la PMI.

Un réinvestissement de la fonction d'animation nationale a eu lieu récemment à travers la création début 2017 du Comité d'animation national des actions de PMI (CANA-PMI), co-piloté par la DGS et l'ADF. Les réunions du CANA-PMI sont fortement suivies et appréciées par les professionnels. Il s'agit d'un espace d'échanges technique plus que politique.

1.6.4.3 Depuis la décentralisation, des lois successives ont accru les obligations assignées à la PMI, sans compensation financière

Postérieurement à la décentralisation, plusieurs interventions du législateur ont conduit, directement ou indirectement, à alourdir les obligations de la PMI.

La participation de la PMI à la protection de l'enfance

La loi du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille de l'enfance a ajouté aux missions de la PMI la participation aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités. Cette orientation a été renforcée par la loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, qui a spécifié que la PMI

« participe à la protection de l'enfance ». Enfin, la loi de mars 2016 a prévu la désignation d'un médecin départemental référent pour les enfants placés. Dans certains départements, cette mission a été dévolue aux médecins de PMI sans création de poste.

Des obligations accrues dans le champ du dépistage et de la prévention

L'instauration en 1992 d'un BSEM a amené les équipes de PMI à se mobiliser pour satisfaire cet objectif. Avec quelque 550 000 BSEM réalisés annuellement (552 000 en 2016), cette mission, effectuée en milieu scolaire en binôme (médecin/infirmière puéricultrice ou infirmière puéricultrice/auxiliaire de puériculture), constitue aujourd'hui une part importante de l'activité des équipes de PMI.

La création en 2007 de l'entretien prénatal précoce (EPP) a également amené les PMI à se saisir de cet entretien, réalisé par les médecins et sages-femmes de PMI en complémentarité avec les professionnels de santé libéraux.

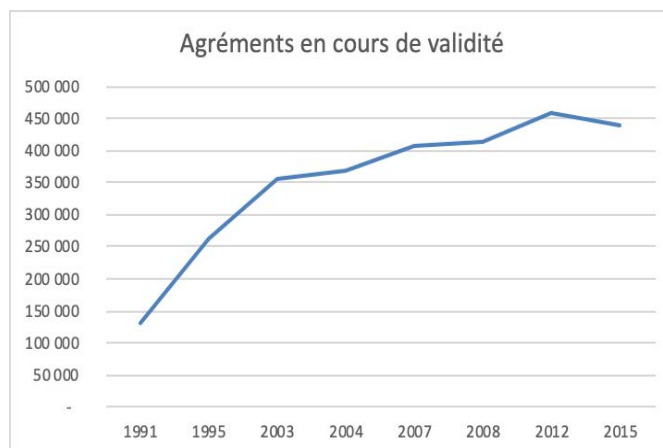
La croissance exponentielle de l'activité autour des modes de garde

L'évolution qui a le plus impacté les services de la PMI est le développement du métier d'assistante maternelle, fortement encouragé par les pouvoirs publics. Ce mode de garde est aujourd'hui le premier utilisé par les familles, avec 977 000 places d'accueil en 2015.

La solvabilisation des familles par la création de l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA) en 1991, puis la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) en 2004, a incité les familles à recourir à des professionnelles agréées et déclarées pour la garde de leur enfant. La réforme du statut des assistantes maternelles (loi du 27 juin 2005) a poursuivi la structuration de cette profession en réorganisant les modalités d'agrément, en doublant le nombre d'heures de formation, en rendant le contrat de travail obligatoire et en instaurant une rémunération horaire. **Entre 1991 et 2015 le nombre d'agrément en cours de validité est ainsi passé de 130 000 à 438 000.**

La PMI, chargée de mettre en œuvre la procédure d'agrément ainsi que le suivi et l'accompagnement des assistantes maternelles, a de facto dû s'organiser pour gérer une activité d'agrément et de renouvellement d'agrément en forte croissance, à laquelle s'ajoutent les commissions consultatives paritaires départementales (CCPD) saisies en cas de retrait ou de refus de renouvellement d'agrément.

Graphique 2 : Evolution du nombre d'agrément d'assistantes maternelles entre 1991 et 2015



Source : DREES

Sur la période plus récente, les PMI ont par ailleurs dû s'organiser pour instruire les projets de maisons d'assistantes maternelles (MAM) introduites par la loi du 9 juin 2010. **Le nombre de MAM, en forte croissance, est passé de 235 en 2011 à 1 267 en 2016.**

Il en va de même des **micro-crèches**, dont la croissance soutenue (2 750 établissements dénombrés en 2016⁴⁴, **plus de 30 000 places créées entre 2013 et 2017**⁴⁵) se traduit, pour les PMI, par un travail d'instruction important.

La composante « modes de garde » est ainsi devenue un segment d'activité qui mobilise des moyens humains considérables au sein des services de PMI.

Un ajustement missions-moyens difficile

Dans la mesure où aucune des évolutions législatives précitées ne constituait stricto sensu un transfert de compétences de l'État vers les départements, elles ne se sont pas accompagnées d'une compensation financière en direction des départements.

Pour autant, leur incidence sur l'activité quotidienne des services a été majeure. Les équipes de PMI ont en effet dû assurer des attributions accrues sans se voir garantir par des dispositions législatives un ajustement à la hausse de leurs crédits de fonctionnement.

Or, le contexte récent, qui a vu les compétences des départements s'élargir, et leur situation budgétaire se tendre, s'est avéré peu propice à la négociation par les PMI de moyens supplémentaires auprès de leurs directions générales, comme en atteste la stabilité des effectifs des PMI depuis 2010.

L'accroissement des obligations incombant aux PMI a donc alimenté une inadéquation entre missions et moyens des PMI.

A moyens quasi constants, voire en baisse dans certains départements, les services de PMI n'ont pas eu d'autre choix que d'effectuer des arbitrages parmi les différentes missions leur incombant, en réduisant certaines activités.

Les alertes sur ce phénomène sont au demeurant anciennes :

« L'augmentation et la diversification des tâches incombant aux services de PMI ainsi que la montée en puissance de certaines de ces tâches (notamment l'agrément et le contrôle des assistantes maternelles) sans augmentation de moyens amènent les services à établir des priorités qui se situent le plus souvent du côté d'un service minimum, au détriment des missions de prévention précoce et d'accompagnement des familles »⁴⁶.

⁴⁴ Cf. https://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/Essentiel_176_MicroCreche.pdf

⁴⁵ Cf. <https://lesprosdela petiteenfance.fr/formation-droits/droits-et-demarches-administratives/micro-creches/les-micro-creches-sorganisent>

⁴⁶ L'enfant et la pmi, d'hier à aujourd'hui, Marie-Laure Cadart, « Informations sociales », 2007/4 n° 140, pages 52 à 63

1.6.5 Les statuts peu attractifs de la PMI compliquent les recrutements

1.6.5.1 Une stagnation des ETP depuis 10 ans

La question des personnels est centrale en matière de PMI. Les interventions riches et complexes de la PMI ne sont possibles que grâce à la pluridisciplinarité des équipes.

Les équipes sont composées de personnels médicaux et paramédicaux, dont le principal contingent est constitué par les infirmières puéricultrices, mais aussi des professionnels à vocation sociale comme les conseillers conjugaux et les éducateurs de jeunes enfants.

Les données de la DREES mettent en évidence la stagnation des effectifs de PMI sur longue période.

Tableau 3 : Evolution du nombre de professionnels de PMI entre 2010 et 2015

	Équivalent temps plein (ETP)									Effectifs 2015
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Répartition ETP (en %)	Taux d'évolution 2015/2010 (en %)	Taux d'évolution annuel moyen 2015/2010 (en %)	
Puériculteurs	4 180	4 160	4 200	4 130	4 290	4 370	40,5	4,5	0,9	4 870
Médecins	2 210	2 160	2 090	2 010	2 040	2 040	18,9	-7,7	-1,6	2 610
Infirmiers	1 380	1 390	1 340	1 280	1 320	1 350	12,5	-2,2	-0,4	1 580
Sages-femmes	980	970	1 010	960	1 030	1 010	9,4	3,1	0,6	1 200
Auxiliaires de puériculture	980	960	910	920	900	900	8,3	-8,2	-1,7	1 010
Psychologues	540	520	480	480	490	450	4,2	-16,7	-3,6	590
Conseillers conjugaux	380	340	340	360	370	360	3,3	-5,3	-1,1	530
Éducateurs de jeunes enfants	300	310	310	330	330	310	2,9	3,3	0,7	340
Total estimé** des principaux ETP intervenant auprès du public	10 940	10 830	10 690	10 470	10 770	10 790	100,0	-1,4	-0,3	12 740

Source : DREES, Enquête Aide Sociale (2010 à 2015)

On constate une stagnation des effectifs sur la période considérée. Mais on voit surtout une diminution du nombre des médecins, liée au vieillissement de cette population et à la difficulté de recruter de jeunes médecins. Cette diminution est contrebalancée par une augmentation du contingent des infirmières puéricultrices.

On comprend que bien souvent, ce sont les infirmières puéricultrices qui ont remplacé les médecins dans certaines missions de PMI, ce que nous avons pu constater lors des visites de terrain.

1.6.5.2 La PMI peine à recruter des médecins

On remarque une diminution progressive et constante du nombre de médecins de PMI depuis 2010. Avant cette date, il est difficile d'avoir des chiffres fiables car il y a des données manquantes dans les enquêtes déclaratives de la DREES auprès des PMI, néanmoins les effectifs médicaux en 2007-2008 étaient de 2560 environ.

Cette diminution s'explique par des départs en retraite, non compensés par les recrutements de jeunes médecins.

La difficulté à recruter est multifactorielle :

- les générations de jeunes médecins sont moins nombreuses que celles des praticiens partant en retraite du fait du numerus clausus dans les études médicales, cette pénurie est globale et constatée dans de nombreuses autres spécialités. Les jeunes médecins ayant fini leur formation entre 2010 et 2015 sont ceux qui ont passé le concours de 1^e année quand le numerus clausus augmentait entre 3850 et 6200 places par an sur toute la France ;
- certaines zones géographiques subissent un défaut d'attractivité. On constate les mêmes difficultés à recruter des médecins dans d'autres secteurs que la PMI (notamment le secteur libéral) dans des zones où une implantation familiale (et pas seulement professionnelle) est complexe ;
- le métier de médecin de PMI est peu connu des étudiants en médecine et des internes en médecine. Trop éloignés de l'université et des services hospitalo-universitaires, les services de PMI ne sont pas toujours des terrains de stage pour des médecins en formation. Ce déficit de connaissance est un facteur important du non-choix de la PMI dans les carrières médicales ;
- le salaire des médecins de PMI est un facteur de défaut d'attractivité avec un traitement brut en début de carrière à 2137 euros pour un temps plein (données 2018) ;
- le statut de médecin territorial est également un facteur de défaut d'attractivité, surtout quand les jeunes médecins le comparent aux statuts de médecin hospitalier.

Enfin, il est notable qu'il n'existe pas de politique de recrutement au niveau national qui pourrait permettre une plus grande lisibilité dans l'offre de postes par rapport à la demande des jeunes médecins finissant leurs études.

1.6.5.3 L'absence de cadre d'emploi pour les conseillers conjugaux

Les conseillers conjugaux et familiaux (CCF) sont plus de 500 à travailler en PMI, dans les 1300 CPEF.

L'ouverture d'un CPEF a d'ailleurs comme condition obligatoire, en sus du personnel médical, de disposer d'une personne compétente en matière de conseil conjugal et familial (décret du 24 avril 1972).

Les CCF ont une formation qualifiante reconnue par le décret du 3 décembre 2010 relatif à la formation des personnels intervenant dans les centres de planification ou d'éducation familiale et dans les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial qui prévoit une formation de 400 heures d'enseignement réparties sur deux années et deux stages de 40 heures chacun. Un référentiel d'activités et de compétences précise l'action de ces professionnels, notamment dans les CPEF.

Dans le contexte CPEF/PMI, leur rôle est important pour des situations variées : contraception, IVG, soutien à la parentalité, prévention des violences intra-familiales, etc.

Malgré cela, le métier de CCF n'est pas reconnu comme tel car non inscrit au registre de la certification professionnelle. Cette absence de statut et l'absence d'inscription de la profession de CCF dans les grilles de la fonction publique fragilisent cette profession en obligeant les employeurs à prendre en compte les CCF au regard de leur formation initiale ou d'une activité autre que celle de CCF proprement dite.

Recommandation n°2: Créer un cadre d'emploi pour les conseillers conjugaux et familiaux, afin qu'ils puissent être reconnus comme tels dans les CPEF.

1.7 Le paysage aujourd'hui : une forte hétérogénéité interdépartementale qui met à l'épreuve les principes républicains

1.7.1 Les disparités territoriales sont antérieures à la décentralisation mais ont persisté depuis

La mission a retrouvé plusieurs références faisant allusion à de fortes disparités territoriales dans le maillage de la PMI dans les années 1960, 1970 et 1980⁴⁷.

L'hétérogénéité entre territoires en matière de PMI est ancienne, et préexistait à la décentralisation.

L'impact de la décentralisation

De manière générale, la Cour des Comptes et l'Observatoire national de l'action sociale (ODAS) observaient plutôt une tendance au resserrement de l'éventail des dépenses sociales entre départements dans la décennie ayant suivi la décentralisation :

*« Depuis la mise en œuvre de la décentralisation en 1984, on assiste à un resserrement de l'éventail des dépenses nettes dans tous les domaines de l'action sociale. A titre d'exemple, dans celui de l'aide sociale à l'enfance, en 1996 les quinze départements ayant les plus fortes dépenses par habitant avaient en moyenne une dépense 2,1 fois supérieure à celle des quinze départements ayant les dépenses les plus faibles. Ce rapport n'est plus que de 1,7 en 2002 [4]. Ce resserrement s'explique essentiellement par un effort plus important des départements ayant une faible dépense ces dix dernières années ».*⁴⁸

*« La Cour des comptes, dans son rapport de 1995, relevait une tendance à la réduction des écarts géographiques de la dépense par habitant entre 1988 et 1993, retenant comme base de calcul le rapport entre la dépense moyenne des départements ayant le montant des dépenses par habitant le plus élevé d'une part et celles des départements ayant le montant des dépenses par habitant le plus faible d'autre part. Cette méthode fait ressortir une réduction significative des écarts concernant l'aide sociale à l'enfance (- 8,5 %) et l'aide sociale aux personnes handicapées, à la fois pour les dépenses d'ACTP (- 9,9 %) et pour les aides à l'hébergement (- 10,4 %) ».*⁴⁹

⁴⁷ Cf. par ex. Marie-Laure Cadart, Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) | « Informations sociales » 2007/4 n° 140, pages 52 à 63, Bouchayer in Revue française de sociologie, XXV, 1984, pp 67-90

⁴⁸ Communiqué de l'ODAS, décembre 2004

⁴⁹ idem

Une publication du SESI (Service des études statistiques, des études et des systèmes d'information du ministère de la santé) consacrée à la PMI, en date de 1998, permet d'éclairer les impacts de la décentralisation. Cette étude met en évidence plusieurs tendances :

- l'affirmation de la fonction de médecin de PMI : doublement des médecins titulaires à temps plein en 10 ans (384 en 1985, 641 en 1995) et diminution corrélative du recours aux médecins vacataires ;
- l'augmentation des effectifs de sages-femmes de 400 à 631 entre 1985 et 1995, permettant une augmentation des VAD (de 172600 à 264200) et une augmentation du nombre de femmes vues (67 pour 1000 naissances en 1985, 125 en 1995) ainsi qu'un renforcement du maillage prénatal (nombre de points de consultation passé de 393 en 1985 à 496 en 1995) ;
- une montée en expertise : augmentation des puéricultrices de 24 % en 10 ans (le nombre d'infirmières restant stable) ;
- une baisse sensible du nombre de postes infantiles (de 6527 en 1985 à 5329 en 1995) mais avec une stabilité du nombre d'examen cliniques (2,7 millions en 1985 comme en 1995).

L'offre de service de la PMI s'est donc plutôt renforcée dans la décennie qui a suivi la décentralisation (la population d'enfants 0-6 ans étant restée stable sur la période : 4,44 millions en 1980, 4,35 millions en 1995).

Mais l'étude du SESI fait aussi apparaître la persistance d'écart interdépartementaux importants :

- s'agissant des médecins titulaires : de 1.6 ETP dans les Alpes de haute-Provence à 77.7ETP en Seine Saint-Denis (moyenne à 11.1) ;
- s'agissant du nombre de sages-femmes de PMI (nb : ratio réglementaire = 1 pour 1500 naissances) : en 1995, l'écart allait de 0 (aucune sage-femme de PMI dans 9 départements) à plus de 2 ; seuls 57 départements répondaient aux normes minimales ;
- s'agissant du nombre d'infirmières puéricultrices (nb : ratio réglementaire = 1 pour 250 naissances), les écarts allaient de moins de 0,8 à 1,77, 61 départements respectant le ratio fixé en 1992 ;
- enfin, s'agissant des consultations infantiles, l'étude relevait là encore de gros écarts qui ne s'expliquent pas par la démographie (huit fois moins d'examen dans les Deux-Sèvres que dans le département voisin de la Vienne ; 240 000 examen cliniques en Haute-Savoie pour 10 300 en Savoie ; dix fois moins d'enfants consultants dans le Maine-et-Loire que dans le département voisin de Loire-Atlantique ; 52 sites de consultation en Martinique contre plus de 100 en Guadeloupe etc.).

Il y avait donc, 10 ans après la décentralisation, et au sein d'une tendance globale positive, un investissement très variable de la compétence de PMI selon les départements, avec des départements « à la traîne » et des départements « fer de lance ».

L'évolution du maillage territorial et de l'organisation des services

La décentralisation a eu un impact certain sur l'organisation des services (regroupement fréquent des services de PMI et de l'ASE au sein de directions communes) et s'est accompagnée d'un mouvement de rationalisation des implantations de la PMI (mouvement cependant engagé dès les années 1970).

S'agissant spécifiquement des points de consultation infantile, on est passé de 7147 points en 1973⁵⁰ à 6527 points en 1985⁵¹ puis 5721 en 1992⁵² et 4279 en 2011⁵³.

Tous types de consultations confondus, le maillage territorial était de 5100 points fixes en 2012, auxquels s'ajoutaient des bus itinérants dans une dizaine de départements.

Dans la plupart des départements vus par la mission, les consultations de PMI sont installées au sein des maisons de la solidarité (MDS) et regroupées avec les autres services sociaux départementaux (polyvalence de secteur, ASE, insertion...). Si ces évolutions permettent aux équipes de PMI de bénéficier de locaux fonctionnels et d'accueillir plus confortablement les familles, elles peuvent aussi générer une dilution de l'identité des équipes de PMI, avec des organisations matricielles où l'autorité de proximité du directeur(trice) de la MDS se superpose à celle du médecin chef du service départemental de PMI. Ces regroupements facilitent aussi une porosité avec l'ASE qui n'est pas sans poser question, notamment lorsque les salles d'attente ASE/PMI sont communes, au risque de faire fuir les familles.

Une hétérogénéité territoriale persistante dans les années 2000 et 2010

Les constats de l'IGAS en 2006 :

La première constatation du rapport de l'IGAS de 2006 consacré à la PMI était celle de la très grande hétérogénéité entre départements. Le rapport soulignait par exemple :

« Dans 22 départements, le nombre de sages-femmes et de puéricultrices se situait au-dessous de la norme nationale avec des écarts allant de 1 à 20 pour le nombre de sages-femmes et de 1 à 5,5 pour les puéricultrices. Pour les consultations prénatales (la norme étant de 4 demi-journées de consultation par semaine pour 100 000 habitants), 48 départements n'assuraient aucune consultation et 10 dépassaient très largement ces normes. Pour les consultations infantiles, la norme d'une demi-journée de consultation pour 200 naissances était respectée sur le plan national à 108 % avec cependant des écarts de 1 à 10 entre les départements : 47 départements se trouvant au-dessous de la norme minimale ; par contre 5 départements d'Ile de France sont 4 à 8 fois au-dessus de la norme »⁵⁴.

Encadré 7 : Les principales recommandations du rapport de l'IGAS de 2006

- nécessité de définir des objectifs pour la PMI au niveau national (en remplacement des normes) et au niveau des schémas départementaux ;
- intensification des actions en direction des groupes en situation de précarité et des personnes en situation de vulnérabilité, notamment psycho-sociale ;
- investissement renforcé sur des actions de prévention précoce et de dépistage ;
- désengagement de la PMI par rapport à la mission de suivi des assistantes maternelles ;
- signature d'une convention cadre entre l'ADF et l'assurance maladie et la renégociation des conventions qui lient chaque département à l'Assurance maladie ;
- réaffirmation d'orientations nationales concernant la planification et l'éducation familiale et élargissement des compétences des centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF).

Source : DGS - Evolution de la protection maternelle et infantile - 31 octobre 2014

⁵⁰ F Bouchayer op cité

⁵¹ Documents statistiques n°233 (SESI – oct. 1995)

⁵² Documents statistiques n°303 (SESI – oct. 1999)

⁵³ DREES

⁵⁴ Rapport Igas 2006

Les constats de la Cour des Comptes en 2012 :

En 2012, dans un rapport consacré à la périnatalité, la Cour des comptes⁵⁵ relevait des disparités persistantes, allant de 1 à 17 pour le nombre de sages-femmes et de 1 à 3,5 pour les puéricultrices. La Cour estimait ces différences considérables, même en considérant qu'elles tiennent pour partie au fait que la protection maternelle et infantile complète désormais une offre de soins libérale inégalement répartie et plus ou moins accessible selon les territoires.

1.7.2 Le respect des normes minimales progresse, mais reste inachevé

Les normes minimales fixées en 1992 visaient à garantir un socle minimal partout sur le territoire, correspondant à un taux de couverture de 10 % des besoins censé correspondre aux personnes en situation de vulnérabilité⁵⁶. Ce socle minimal se situait donc en deçà même d'un niveau d'offre de service permettant de répondre à l'ambition d'universalité.

Pourtant, en 2016, 39 % des départements ne respectaient toujours pas la norme d'activité relative à l'activité infantile, et 2/3 ne respectaient pas les normes relatives aux consultations prénatales et de planification.

En revanche, les normes minimales d'effectifs sont globalement atteintes. Par ailleurs, les écarts entre départements, déjà observés en 1995 par le SESI et en 2004 par la DREES, persistent toujours en 2016⁵⁷.

Norme sur le nombre de séances infantiles

Selon l'article R. 2112-6 du CSP, pour les séances en faveur des enfants, la norme est d'une demi-journée de consultations par semaine pour 200 enfants nés vivants au cours de l'année précédente.

En 2016, cette norme est atteinte dans 61 % des départements (répondants). Par comparaison, en 2004, ce taux était de 53 %. L'hétérogénéité des situations perdure sur la période : en 2004, cinq départements se situaient entre 4 et 8 fois la norme minimale (Paris, Val de Marne, Hauts de Seine, Seine Saint Denis, Essonne). En 2016, 15 départements atteignent deux fois la norme ou plus. A contrario, 4 départements se situent en deçà de la moitié de la norme requise.

Norme sur le nombre de séances prénatales

Selon l'article R. 2112-5 du CSP, la norme est de quatre demi-journées de consultations prénatales pour 100 000 personnes âgées de 15 à 50 ans.

En 2016, deux départements sur trois n'atteignent pas cette norme, tandis qu'un département sur cinq assure deux fois plus de consultations que prévu par la loi. Par ailleurs, 20 départements ne mettent pas du tout en place de telles séances de consultations prénatales. En 2004, 48 départements n'assuraient aucune consultation prénatale. Ces départements réalisent toutefois des visites à domicile⁵⁸.

⁵⁵ Cour des Comptes - Politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation (2012)

⁵⁶ Cf. Rapport Igas 2006

⁵⁷ A la demande de la mission parlementaire, la DREES a analysé, pour 2016, l'application par les départements des normes réglementaires fixées par le CSP, comme elle l'avait déjà fait, pour l'IGAS, pour l'année 2004

⁵⁸ Cf. Études et Résultats n°913 : « Les départements qui ne mettent pas en place de consultations prénatales et postnatales réalisent en moyenne 20,3 visites à domicile pour 1000 femmes de 15-50 ans en 2012, contre 15,2 en moyenne dans les autres départements. Les VAD apparaissent donc comme une alternative aux séances organisées dans des points fixes. »

Norme sur le nombre de séances prénatales et de planification

Selon l'article R. 2112-5 du CSP, les services de PMI du département doivent organiser 16 demi-journées de consultations prénatales et de planification ou d'éducation familiale pour 100 000 habitants âgés de 15 à 50 ans. Sur l'ensemble des départements ayant transmis les informations à la DREES (85 départements), seuls 31 satisfont cette norme, tandis que 7 organisent un nombre de séances plus de deux fois supérieur à la norme légale.

Normes d'effectifs

Selon l'article R. 2112-7 du CSP, les services de PMI du département doivent disposer :

- d'une sage-femme à plein temps ou son équivalent pour 1 500 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente;
- d'une puéricultrice (ou infirmière ayant acquis une expérience appropriée) à plein temps pour 250 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente.

En 2016, les normes relatives aux effectifs sont globalement atteintes : seuls 4 départements ne satisfont pas celle concernant le nombre de sages-femmes et 3 celle concernant le nombre de puéricultrices. Pour rappel, en 2004, 22 départements se situaient en dessous des normes minimales concernant les effectifs.

Tableau 4 : Combien de départements respectaient chacune des normes minimales de PMI en 2016 ?

		Information non renseignée par le département	Position du département vis-à-vis de la norme N			
			<0,5N	Entre 0,5 N et N	Entre N et 2N	>2 N
Norme sur le personnel	effectifs de sages-femmes	0	0 0 %	4 4 %	41 41 %	56 55 %
	effectifs de puéricultrices et d'infirmiers	0	1 1 %	2 2 %	58 57 %	40 40 %
Norme sur le nombre de 1/2 journées de consultations prénatales		15	40 47 %	17 20 %	11 13 %	18 21 %
Norme sur le nombre de 1/2 journées de consultations prénatales et de planification		17	13 15 %	40 48 %	24 29 %	7 8 %
Norme sur le nombre de 1/2 journées consultations infantiles		12	4 4 %	31 35 %	41 46 %	13 15 %

Lecture : Concernant la norme sur les consultations infantiles, 12 départements n'ont pas renseigné le nombre de séances à destination des enfants de 0 à 6 ans. 13 départements (soit 15 % des départements ayant répondu) organisent un nombre de séances plus de 2 fois supérieur à celui prévu par la norme légale. **Champ** : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source : DREES, enquête Aide sociale 2016, volet PMI.

S'agissant des consultations prénatales, leur non-respect doit être en partie relativisé du fait de l'essor du nombre de sages-femmes libérales. Le nombre de sages-femmes en exercice libéral ou mixte a en effet doublé entre 1998 et 2014 (5 577 professionnelles en 2014). Les projections de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé estiment à 3 924 le nombre de nouvelles sages-femmes libérales en 2030.⁵⁹ De même, certains départements ne respectent pas la réglementation en termes de consultations infantiles mais organisent des VAD infantiles ciblées.

⁵⁹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf

1.7.3 Les disparités budgétaires constatées par la mission restent très importantes

Au-delà des variations dans le respect des normes réglementaires, les écarts budgétaires entre départements sont frappants, étant ici rappelé que les données remontées par les départements ne sont pas harmonisées et que les comparaisons ci-après demeurent de ce fait fragiles.

On observe néanmoins que la Seine-Saint-Denis consacre annuellement 62 M€ à la PMI, soit cinquante fois plus que la moyenne (qui se situe à 1,3 M€ par département). Cinq départements franciliens (93, 94, 92, 75, 91) représentent à eux seuls plus de 50 % de l'effort national en faveur de la protection maternelle et infantile (alors qu'ils pèsent ensemble 13 % de la population des 0-6 ans) tandis que 23 départements consacrent à la PMI moins de 500 000 € par an (soit moins de la moitié de la dépense moyenne).

Le rapport Bareigts et Isaac-Sibille avait déjà souligné ces écarts :

« Lorsque l'on rapporte les dépenses des départements au titre des services de PMI au nombre d'enfants de moins de 4 ans qui y vivent – indicateur approximatif du nombre d'enfants se trouvant dans le champ de ces services –, les écarts apparaissent tout aussi significatifs : la « dépense moyenne », soit les crédits destinés aux services de PMI rapportés au nombre d'enfants de moins de 4 ans, réalisée par les départements peut s'échelonner entre 11 euros pour l'Eure-et-Loir et 16 euros pour l'Oise, contre 610 euros pour la Guadeloupe, 487 euros pour le Val-de-Marne et 470 euros pour la Seine-Saint-Denis – soit un rapport de 1 à 55 entre les deux extrêmes... »

Des départements tels que le Vaucluse, le Tarn-et-Garonne, la Gironde ou la Vendée présentent un ratio de dépenses par enfant de moins de 4 ans inférieur à 18 euros, tandis que l'Essonne, la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane, le Lot, les Landes ou encore le Gard ont tous un ratio supérieur à 200 euros. »

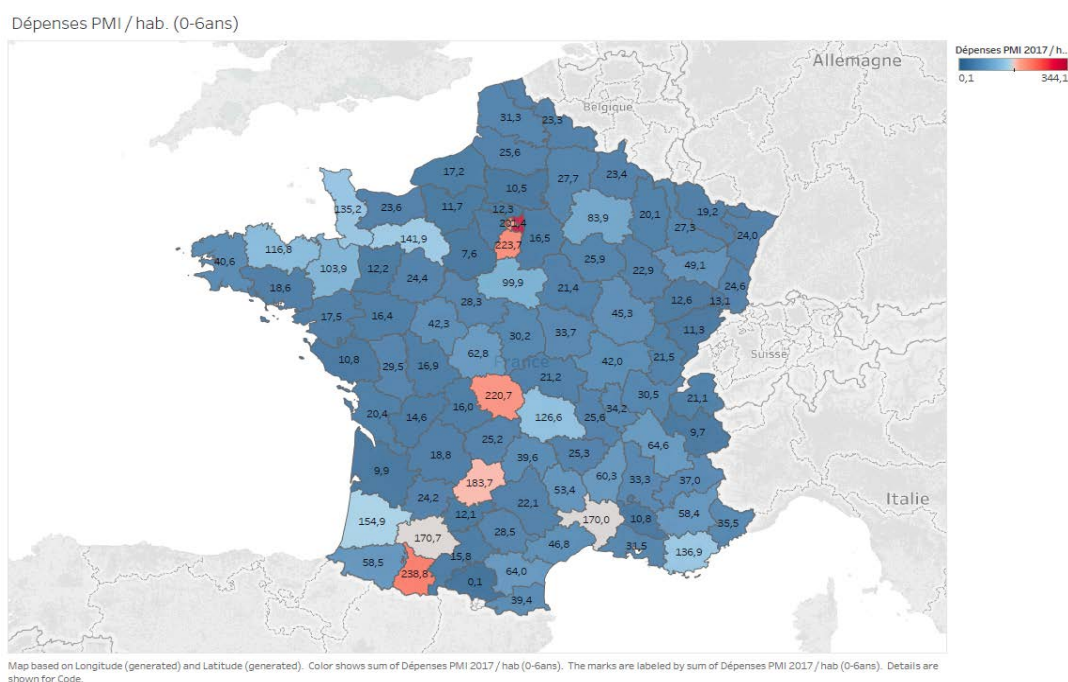
Rapportée à la population des enfants de 0-6 ans, la dépense moyenne de PMI s'établit en 2017 à 33 € par enfant⁶⁰, avec des écarts majeurs (344 € par enfant dans le Val-de-Marne, contre moins de 10 € par enfant en Ariège, en Eure-et-Loir, en Savoie ou en Gironde).

En 2017, les départements se répartissent en 4 groupes :

- 7 départements au-dessus de 200 €/an/enfant (essentiellement des départements urbains et peuplés d'Ile de France) ;
- 50 départements entre 20 et 100 €/an/enfant ;
- 26 départements sous la barre des 20 €/an/enfant (le profil fréquent étant celui de départements à dominante rurale, pauvres, peu peuplés, ou au contraire avec un gradient social favorable) ;
- les outre-mers, avec des problématiques spécifiques.

⁶⁰ Source : Données budgétaires : DGCL. Données Population : INSEE 0-4 ans + reconstitution de la tranche 5-6 ans. Champ : France métropolitaine hors DOM et Corse. Année : 2017

Encadré 8 : Carte des dépenses de PMI/habitant de 0-6 ans



Source : Données DGCL et INSEE – calculs par la mission

L'effet de resserrement de l'éventail des dépenses initialement observé après la décentralisation n'est pas avéré pour la PMI.

Ces écarts ne s'expliquent pas uniquement par les inégalités de potentiel fiscal, comme l'illustre le tableau ci-dessous (6 départements sur 15 combinent un haut potentiel fiscal et des dépenses de PMI importantes, mais on ne retrouve que 2 départements très défavorisés fiscalement parmi les 15 départements aux dépenses de PMI les plus basses). Autrement dit, certains départements réputés « pauvres » trouvent pourtant les moyens de financer correctement leur PMI, tandis que certains départements réputés « riches » s'en abstiennent.

L'hypothèse de la mission – qui était d'ailleurs aussi celle de l'IGAS dans le rapport de 2006 - est que **les différences au niveau des dépenses de la PMI résultent pour une large part des choix politiques effectués par les exécutifs locaux**, même si la tendance à la baisse des budgets observée sur la période récente est aussi la résultante de difficultés de recrutements de médecins.

Tableau 5 : Potentiel fiscal et dépense de PMI/habitant

Top 15 potentiel fiscal			Top 15 dépenses PMI / hab (0-4ans)		
Code	Département	Potentiel fiscal par habitant (€/hab)	Code	Département	Dépenses PMI 2017 / hab [0-4ans]
92	Hauts-de-Seine	1069,20	94	Val-de-Marne	475,40
75	Paris	958,80	93	Seine-Saint-Denis	463,92
6	Alpes-Maritimes	712,70	65	Hauts-Pyrénées	338,61
94	Val-de-Marne	690,40	23	Creuse	318,59
93	Seine-Saint-Denis	683,30	91	Essonne	316,20
91	Essonne	656,90	92	Hauts-de-Seine	303,77
78	Yvelines	648,70	75	Paris	270,89
26	Drôme	641,80	46	Lot	265,12
31	Haute-Garonne	624,20	32	Gers	246,90
73	Savoie	618,80	30	Gard	243,57
84	Vaucluse	614,30	40	Landes	223,36
38	Isère	611,90	61	Orne	204,21
74	Haute-Savoie	611,90	83	Var	195,11
83	Var	575,20	50	Manche	192,52
68	Haut-Rhin	568,20	63	Puy-de-Dôme	179,79

Les potentiels fiscaux les plus faibles			Les dépenses PMI / hab (0-4ans) les plus faibles		
Code	Département	Potentiel fiscal par habitant (€/hab)	Code	Département	Dépenses PMI 2017 / hab [0-4ans]
48	Lozère	312,00	9	Ariège	0,09
23	Creuse	355,80	28	Eure-et-Loir	10,72
61	Orne	370,40	73	Savoie	13,85
2	Aisne	380,20	33	Gironde	14,27
49	Maine-et-Loire	386,80	60	Oise	14,88
36	Indre	389,50	84	Vaucluse	15,19
70	Haute-Saône	391,60	85	Vendée	15,56
27	Eure	396,30	25	Doubs	15,89
14	Calvados	399,00	27	Eure	16,81
52	Haute-Marne	400,70	95	Val-d'Oise	17,27
51	Marne	401,40	53	Mayenne	17,27
24	Dordogne	403,30	82	Tarn-et-Garonne	17,62
15	Cantal	416,90	70	Haute-Saône	17,86
55	Meuse	418,00	90	Territoire de Belfort	18,55
86	Vienne	420,30	16	Charente	20,79

Source : DGCL et Mission. Lecture : parmi les 15 départements avec la dép. de PMI/hab. (0-4 ans) la plus élevée, seuls 6 figurent aussi parmi les 15 potentiels fiscaux les + élevés (Val de Marne, Seine St Denis, Essonne, Hauts de Seine, Paris, Var). En revanche, 2 départements avec un potentiel fiscal bas (Orne et Creuse) figurent parmi les départements avec une dépense de PMI/hab. élevée, et deux départements avec un potentiel fiscal élevé figurent parmi les dépenses de PMI/hab. basses (Savoie, Vaucluse)).

1.7.4 La décentralisation au défi du pacte républicain

L'existence de différences entre territoires n'est pas en soi choquante. Les différences sociodémographiques et en termes de gradient social peuvent justifier un déploiement plus ou moins conséquent de la PMI, d'autant que celle-ci n'est pas en situation de monopole et n'est qu'un des éléments du système de santé.

Le maillage territorial des sages-femmes libérales, des médecins généralistes et des pédiatres, ainsi que l'offre hospitalière, peuvent parfaitement justifier des écarts interdépartementaux – voire infra-départementaux - de l'offre de service de PMI.

Mais encore faut-il que les écarts de dotations entre départements corrigent les écarts du maillage libéral au lieu de les aggraver.

Or, c'est loin d'être systématique : sur les 29 départements qui présentaient, en 2015, une offre de sages-femmes libérales inférieure à la moyenne nationale ($n < 0,3$ pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans), 27 avaient aussi un ratio de sages-femmes de PMI inférieur à la moyenne des PMI ($n < 0,1$ pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans).

Dans ces 27 territoires, les faibles dotations de la PMI redoublent donc les inégalités de santé. A contrario, l'Indre ou la Seine-Saint-Denis compensent une offre libérale de départ très faible (respectivement 0,11 et 0,09 sage-femme libérale pour 1 000 femmes en âge de procréer) par des ratios de sages-femmes de PMI qui sont le double de la moyenne nationale. Mais le volontarisme a ses limites : malgré l'effort considérable de la Seine-Saint-Denis pour corriger les inégalités de santé et permettre à la population d'accéder à des sages-femmes, ce département reste parmi les 5 les moins dotés (1,15 sage-femme pour 1 000 femmes, tous types d'exercices confondus, alors que le ratio national est de 2).

Par ailleurs, dans plusieurs départements investigués, la saturation des consultations infantiles de PMI (délais d'attente de trois mois) allait de pair avec une faible densité de médecins libéraux. C'est notamment le cas dans certaines zones rurales ou montagneuses.

S'agissant des BSEM, les écarts relevés aggravent aussi les déterminants sociaux de santé : 70 % des enfants de Seine-Saint-Denis n'ont pas l'opportunité de ce dépistage gratuit à l'école maternelle, quant 3 % seulement des enfants des Yvelines y échappent.

L'étude coordonnée par le Dr Corinne Bois (INSERM/INED) sur une cohorte de plus de 260 000 enfants correspondant à 30 % des naissances de l'année 2011 a aussi mis en évidence l'hétérogénéité en matière de contenu de ces bilans, avec une grande variabilité de l'examen médical complet dans les 30 départements ayant participé à l'étude, sans corrélation avec la démographie médicale.

Autrement dit, l'hétérogénéité de l'offre de service des PMI n'est pas nécessairement compensée par la possibilité d'accéder à une offre libérale. Et quand bien même celle-ci existe, se pose la question de son accessibilité géographique et économique.

Par ailleurs, il est frappant de constater que, 27 ans après le décret de 1992, de nombreux départements se situent encore aujourd'hui en deçà de normes réglementaires qui étaient plutôt conçues comme un socle minimal.

Même si certains de ces indicateurs méritent aujourd'hui d'être réinterrogés (ratio relatif aux effectifs de sages-femmes), et même si la situation a progressé sur temps long, les dispositions réglementaires de 1992 se sont avérées faiblement efficaces comme outil de pilotage de l'offre de service PMI et n'ont pas suffi à garantir sur l'ensemble du territoire une accessibilité minimale aux consultations maternelles et infantiles.

On ne peut que regretter que l'Etat n'ait pas davantage assuré sa fonction de régulation pour que l'ensemble des départements investissent et respectent ces standards minimaux.

La faiblesse de l'offre de service PMI dans certains territoires pose en effet des questions fondamentales relatives au pacte républicain et à la prévention des inégalités sociales de santé.

1.8 Les enseignements retirés des visites de terrain : une PMI en grande difficulté

La mission s'est rendue dans quatorze départements, auxquels elle a également adressé un questionnaire⁶¹. Ces déplacements ont mis en évidence les injonctions cumulatives auxquelles est confrontée la PMI. Celle-ci doit relever de nouveaux défis que constituent la demande croissante de soutien à la parentalité (2.1.1), la raréfaction des pédiatres et des gynécologues libéraux (2.1.2), l'augmentation de la pauvreté infantile et maternelle (2.1.3) ou encore l'augmentation des troubles du spectre autistique (2.1.4). L'ensemble de ces facteurs se combine pour exercer une pression accrue en direction de la PMI, laquelle, parallèlement, fait face à des difficultés de recrutement aigues (2.2). Dans un contexte budgétaire et démographique défavorable, l'allocation de moyens humains en direction des missions relatives aux modes de garde (2.3.1) et à la protection de l'enfance (2.3.2) conduit à la réduction des ressources mobilisables pour la prévention sanitaire. Le repli de l'activité infantile est le plus significatif (2.3.3), mais les actions en direction des mères (2.3.4) et en matière de planification (2.3.4) sont également en difficulté. Au total, l'activité préventive de la PMI se situe aujourd'hui bien en deçà des besoins sanitaires à couvrir (2.4) et ce malgré l'engagement des professionnels (2.5). Ce décalage missions/moyens est encore plus exacerbé dans les outremer (2.6). Le constat dressé par la mission est donc celui d'une crise sévère de la PMI qui appelle des réponses fortes. Certaines expériences étrangères peuvent être source d'inspiration pour guider les pouvoirs publics (2.7).

1.9 Plusieurs évolutions sociétales tendent à accroître la pression sur la PMI

1.9.1 Une demande croissante de soutien à la parentalité

La demande sociale de soutien à la parentalité s'est fortement développée au cours des dernières décennies sous l'effet de mutations sociétales : *« un enfant sur deux naît hors mariage, un enfant sur cinq vit dans une famille monoparentale, un enfant sur neuf vit dans une famille recomposée et plus d'un parent sur cinq déclare avoir souvent rencontré des difficultés dans l'éducation de ses enfants. Les familles sont par ailleurs confrontées à l'émergence de nouvelles questions telles que la complexification des relations parents/école ou l'utilisation importante d'Internet. »*⁶²

La PMI se situe aux avant-postes de cette demande sociale, et déploie de longue date des actions privilégiant une *« prévention prévenante, sans schéma prédictif ou normatif »*, en plaçant la reconnaissance des compétences parentales comme fondement du bien-être et l'éducation de l'enfant et *« en considérant les parents comme acteurs »* et pas seulement bénéficiaires de l'action.⁶³

Parce qu'elles disposaient des atouts pour mener des actions pertinentes et agir précocement pour favoriser le lien d'attachement et consolider les *« habiletés parentales »*, les PMI ont été motrices dans le soutien à la parentalité et ont développé des actions facultatives, notamment collectives.

Il s'agit d'une mission de prévention primaire dont les acteurs, au sein de la PMI, peuvent être multiples : personnels médical et paramédical, CCF, voire TISF. La demande peut émaner d'un autre professionnel ou des parents eux-mêmes.

⁶¹ Alpes de Haute-Provence (04), Côtes d'Armor (22), Haute-Garonne (31), Ille-et-Vilaine (35), Meurthe-et-Moselle (54), Pas-de-Calais (62), Métropole de Lyon (69), Paris (75), Seine-et-Marne (77), Yvelines (78), Var (83), Essonne (91), Seine-Saint-Denis (93), La Réunion (974). Le questionnaire figure en annexe 7

⁶² Cf. DGCS – Rapport 2016 sur la PMI

⁶³ Suivant la terminologie de la circulaire ministérielle du 7 février 2012 sur le soutien à la parentalité

Dans tous les sites que nous avons visités, les professionnels ont unanimement indiqué que les actions menées dans le soutien à la parentalité répondaient à une attente croissante de parents recherchant repères, conseils, réassurance, échanges entre pairs et écoute bienveillante.

Les professionnels nous ont aussi fait part d'une augmentation de profils parentaux en grande vulnérabilité qui s'adressent à la PMI (mères sans domicile fixe, couples avec deux parents handicapés, femmes migrantes ne pouvant bénéficier d'aucune transmission intergénérationnelle ni soutien familial, jeunes sortants de l'ASE, etc.).

Or, il est regrettable que les actions de soutien à la parentalité conduites en PMI, qui sont peu coûteuses, et dont l'impact sur le développement des enfants peut être déterminant, ne bénéficient d'aucun financement structurant de la part des pouvoirs publics. L'absence de financements fléchés émanant de la CNAM, de la CNAF ou de l'État est d'autant plus regrettable que les PMI sont particulièrement bien positionnées pour accompagner et soutenir les parents en situation de vulnérabilité.

Certains services de PMI visités ont également regretté qu'il soit souvent difficile de mobiliser des TISF pour les familles :

Concernant les TISF des CAF, le reste à charge⁶⁴ est unanimement considéré comme trop élevé pour les familles modestes (certaines PMI s'organisent pour contourner cet obstacle et mobiliser des aides financières de l'ASE pour rendre cette prestation accessible aux familles ; il est regrettable de devoir déployer tant d'ingénierie administrative pour qu'une aide puisse rencontrer sa cible).

Quant aux TISF de l'ASE, leur mobilisation par la PMI tient parfois d'une subtile ligne de crête : il s'agit en effet d'argumenter vis-à-vis de leurs collègues de l'ASE sur les difficultés d'une famille (« on peut être amené à noircir un peu la situation pour pouvoir obtenir une TISF de l'ASE »), mais en évitant de déclencher une information préoccupante (« quand on demande une TISF pour une famille fragile qu'on connaît, l'idée n'est pas que ça atterrisse chez le juge »).

Les exemples relatés amènent la mission à préconiser que tous les services de PMI puissent disposer d'une enveloppe d'heures de TISF à leur main, pouvant intervenir rapidement, sans formalités administratives ou reste à charge excessif, et en étant perçues comme un soutien et non comme un dispositif de contrôle social.

C'est le cas par exemple en Loire-Atlantique, dans le cadre d'un partenariat entre la CAF et la PMI qui permet de réduire le reste à charge pour les familles.

C'est aussi le cas dans les Bouches-du-Rhône : à Marseille, le département a délégué à la maternité des enveloppes de TISF pour accompagner, en périnatalité, des jeunes mères vulnérables. Cette aide est déclenchée dès la sortie de maternité, pour aider la mère au moment du retour à domicile.

Selon M. Jean-Laurent Clochard, responsable du pôle famille la Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire (FNAAFP), les TISF sont un levier de prévention particulièrement pertinent pour prévenir et accompagner la dépression post-partum, à condition que les professionnelles soient spécifiquement formées. Pourtant, la FNAAFP estime que seules 1000 femmes, parmi les 80 000 femmes concernées chaque année par la dépression post-partum, bénéficient d'une indication de TISF. Bien qu'une convention ait été signée entre la CNAM et la CNAF en 2016 pour faciliter la mobilisation de TISF au bénéfice de femmes sortant de la maternité, ce dispositif peine à démarrer. En principe, les conseillers du Programme d'accompagnement au

⁶⁴ Entre 0,35 € et 12 € par heure en fonction du quotient familial. Cf. ASH - 7 juillet 2017, N° 3018, p 36

retour à domicile (PRADO) devraient informer les femmes de la possibilité de bénéficier de cette aide, mais cela ne semble pas encore opérant.

La mission recommande de s'inspirer de l'expérience réussie des Bouches-du-Rhône : doter la PMI d'enveloppes d'heures de TISF déléguées aux maternités, à charge pour celles-ci de les activer en proposant un forfait de 20 heures de TISF (sans reste à charge) aux mères repérées comme présentant des vulnérabilités et des risques de dépression post-partum (monoparentalité, isolement, naissances multiples, etc.). Un tel dispositif serait bénéfique en prévention primaire des troubles relationnels parent-nourrisson, comme l'explique Jacques Dayan, pédopsychiatre au centre hospitalier universitaire de Rennes. : *«Avec une formation adaptée en périnatalité, les TISF ont une efficacité psychique considérable et peuvent éviter une prise en charge plus lourde ou, le cas échéant, s'associer avec efficacité à un travail psychothérapeutique.»*⁶⁵

Recommandation n°3 : Développer le recours à des TISF en périnatalité et prévention de la dépression post-partum, dans un cadre concerté entre PMI, maternité et CAF

1.9.2 La PMI devient parfois une offre de premier recours, en suppléance de l'offre libérale

Dans les populations les plus fragiles, combinant souvent plusieurs facteurs de risque, l'accès aux soins et à la prévention est problématique pour différentes raisons, dont la barrière de la langue, l'isolement social, l'éloignement des services sociaux et de santé, la multiplication des déménagements...

Ces populations se concentrent dans les grands centres urbains. L'Ile-de-France a connu par exemple une augmentation de 300 % de la population des familles sans logement personnel dans la décennie 2000.

L'Observatoire du Samu Social de Paris a réalisé l'enquête Enfants et Familles sans logement en Ile-de-France (ENFAMS) au début de l'année 2013 sur un échantillon représentatif de 801 familles sans logement en Ile-de-France. Ces familles étaient hébergées essentiellement dans les centres d'hébergement d'urgence du 115 (66,9 %), par les collectivités territoriales (15,1 %) ou des associations (18 %). La moitié de ces familles étaient monoparentales, et l'âge moyen du ou des parents était de 31 ans. Le taux de personnes migrantes était de 92,4 %. Le revenu moyen était de 219 euros. Près de 20 % des familles n'avait aucune couverture sociale.

L'étude montre que la majorité des familles qui ont consulté un professionnel de santé dans l'année précédente vont dans un centre de PMI (76,2 %). Plus de la moitié des enfants (58 %) sont suivis à la PMI et chez un médecin généraliste.

Il existe un recours direct et unique à la PMI pour les problèmes de santé des enfants pour **22 % des familles enquêtées** (S. Vandentorren et al. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2013). Il s'agit principalement d'enfants dont les parents n'ont pas de couverture santé.

Plusieurs professionnels de PMI ont d'ailleurs indiqué à la mission délivrer parfois des ordonnances pour des maladies infantiles (otites...) dans des secteurs où les délais de rendez-vous avec un médecin libéral se comptent parfois en semaines, ou pour des raisons d'accessibilité financière (absence de professionnels en secteur 1). Ces prescriptions se font toujours à l'occasion de consultations de prévention programmées. Il semble cohérent d'autoriser ces prescriptions en

⁶⁵ Cité par les ASH – op. cité

PMI dans ces cas particuliers, en prenant soin de ne pas exclure les familles des parcours de soins. La PMI de la Métropole de Lyon relève pour sa part des retards vaccinaux dus à l'impossibilité de trouver un médecin généraliste

On note dans l'étude ENFAMS précitée que les délais d'attente pour une consultation en PMI s'allongent pour atteindre 2-3 mois, de manière relativement homogène semble-t-il, en Ile-de-France.

Les auteurs de l'étude concluent que « le rôle central de la PMI est surtout focalisé sur les enfants de moins de 1 an et donc en périnatalité. Les enfants de famille nouvellement arrivées en France sont plus souvent sans aucun recours et doivent donc être l'objet d'une attention particulière ».

1.9.3 L'augmentation de la pauvreté et des situations d'extrême dénuement : la PMI comme ultime filet

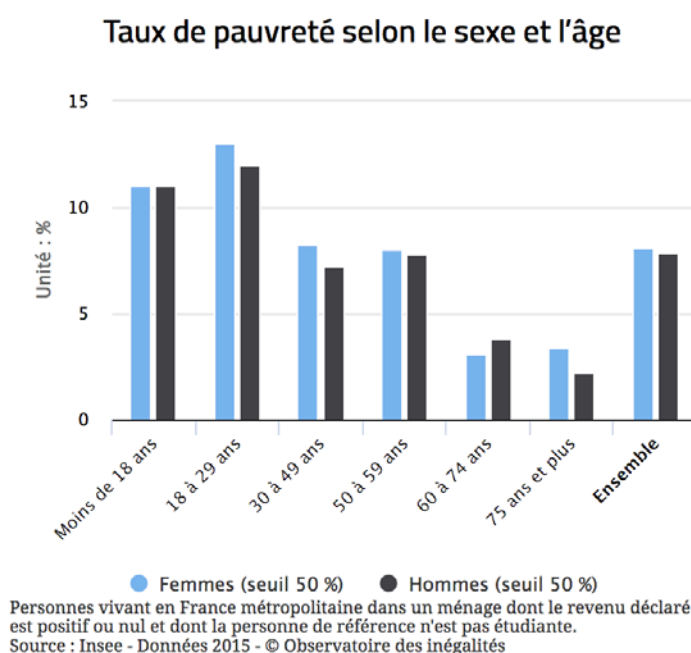
Il nous a été rapporté dans de nombreuses PMI visitées des situations d'extrême précarité (familles ou mères isolées avec jeunes enfants vivant au mieux à l'hôtel, parfois dans la rue.

Les services de PMI indiquent accueillir de manière croissante ces dernières années des publics combinant plusieurs de facteurs de pauvreté.

Cette observation de terrain est convergente avec les données statistiques nationales. D'après l'Observatoire des Inégalités, le nombre de personnes pauvres a augmenté de 630 000 (avec un seuil de pauvreté à 50 % du niveau de vie médian) entre 2006 et 2016.

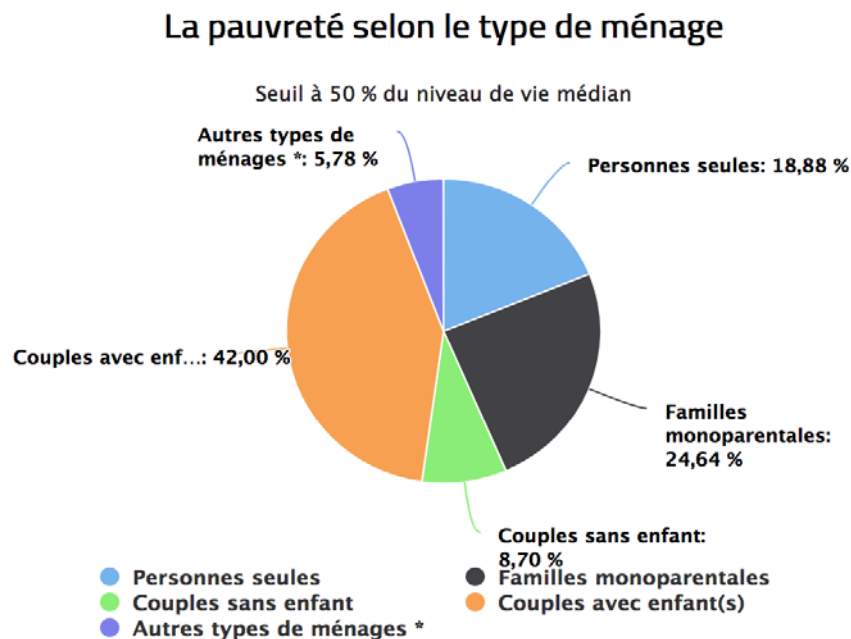
Dans cette population, on trouve essentiellement des personnes jeunes, et on note que les femmes sont plus nombreuses que les hommes dans les tranches d'âge allant de 18 à 50 ans. Les personnes migrantes sont particulièrement exposées avec un taux de pauvreté de 38 % (seuil à 50 %).

Graphique 3 : Taux de pauvreté selon le sexe et l'âge (seuil à 50 %)



Une analyse sur le type de ménages représentés montre une surreprésentation des familles monoparentales (24,64 % alors qu'elles représentent 19 % des familles en France).

Graphique 4 : Les familles sont plus souvent pauvres que les autres types de ménage



La plupart des PMI rencontrées ont fait part de leurs préoccupations concernant la santé de mères et d'enfants en bas-âge primo-arrivants et souvent dépourvus de couverture santé (délais d'obtention de l'Aide Médicale d'Etat). Certaines PMI organisent d'ailleurs des visites à domicile dans des hôtels sociaux. Plusieurs PMI de grands centres urbains se sont équipées en ressources d'interprétariat et de médiation interculturelle. Au-delà des missions sanitaires, la fonction d'accompagnement social des PMI semble de plus en plus sollicitée (accès au droit, recherche d'hébergement...).

Le degré de dénuement de certaines jeunes femmes migrantes sans papiers les expose à un risque de prostitution. Les CPEF sont apparus mobilisés sur cette problématique (accès à la contraception, prévention et dépistage HIV/MST) aussi bien en région parisienne qu'en province.

1.9.4 La prévalence croissante des troubles du développement

Nos visites de terrain nous ont permis de rencontrer de nombreux professionnels de PMI, dont des psychologues et, dans certaines PMI les mieux dotées en personnel, des psychomotriciens.

Nous avons en outre auditionné des pédopsychiatres de la Fondation Vallée (Gentilly, 94), spécialisés dans la prise en charge de l'autisme et des troubles du développement.

Les classifications nosographiques en psychiatrie ont beaucoup évolué, et les troubles du spectre autistique incluent des situations très diverses. Le diagnostic repose sur l'observation répétée de l'enfant et l'anamnèse établie avec les parents. Le début des troubles est souvent précoce, avant 3 ans.

La Haute Autorité de Santé a publié en février 2018 des recommandations de bonne pratique⁶⁶ concernant les troubles du spectre de l'autisme (diagnostic et évaluation ; signes d'alerte à la consultation dédiée en soins primaires ; annonce du diagnostic et information aux familles).

Les premiers signes évocateurs étant difficiles à identifier, particulièrement chez l'enfant de moins de 18 mois, les services de PMI peuvent jouer un rôle essentiel dans le repérage de signes de développement inhabituel. La Haute Autorité de Santé précise : « *Tout professionnel de la petite enfance et de l'enfance doit porter une attention particulière au développement de la communication sociale chez tous les enfants, tout au long de leur développement, avec une vigilance accrue lors de l'entrée en collectivité préscolaire et lors de l'entrée à l'école.* »

Les PMI rencontrées ont été nombreuses à faire part à la mission d'une augmentation du nombre de cas d'enfants à diagnostiquer, voire à prendre en charge. Les PMI opèrent déjà ce travail de lien avec les parents (lien parents-système de santé, et lien parents-enfants), d'orientation vers les structures spécialisées et d'engagement dans des actions de remédiation.

Ce rôle des PMI est reconnu par les structures spécialisées, mais alourdit la charge de travail.

Le rapport IGAS sur l'évaluation du fonctionnement des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) et des Centres Médico-Psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ) (septembre 2018) précise : « *Dans les CAMSP, les délais moyens d'attente étaient de 5 mois entre un premier contact et le début de prise en charge en 2010 (contre 4,5 mois en 2006) avec une légère hausse du temps d'attente entre la première consultation médicale et le début de la prise en charge (3,5 mois en 2010 contre 2,9 mois en 2006). En 2016, 13 % des enfants attendent plus de 6 mois avant leur première consultation médicale.* »

Dans ce contexte, les PMI sont amenées à jouer un rôle d'accompagnement et de soutien des familles durant la période – parfois longue – qui précède la prise en charge en CAMSP. Certaines PMI ont ainsi développé des actions de remédiation et de stimulation, mobilisant psychologues, psychomotriciens etc. pour que cette période de latence ne voie pas les troubles dépistés s'aggraver.

Le rapport précité recommandait d'« *élargir à l'ensemble des publics des CAMSP, des CMPP et des CMP-IJ le droit créé par le forfait « intervention précoce » (droit au remboursement des soins de psychomotricité et d'ergothérapie réalisés dans le secteur libéral et non remboursés par la Sécurité Sociale) pour les troubles neuro-développementaux dans la Stratégie nationale pour l'autisme (2018-2022) à l'ensemble des enfants pris en charge au titre de la santé mentale* ». Cet élargissement pourrait aussi être envisagé pour les PMI disposant d'un plateau technique adapté.

1.10 La difficulté à recruter des médecins est devenue aiguë

La situation démographique des médecins de PMI est aujourd'hui critique. Le nombre de médecins est en diminution depuis 2010. Cette tendance va s'accroître dans les prochaines années du fait de nombreux départs en retraite.

Le recrutement de nouveaux médecins est difficile, comme nous l'avons vu plus haut (cf. 1.3.5.2.), pour des raisons diverses.

⁶⁶https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_468812/fr/recommandations-pour-la-pratique-professionnelle-du-diagnostic-de-l-autisme

Dans les PMI que nous avons visitées, les postes vacants sont essentiellement, voire presque exclusivement, des postes de médecins. L'un des PMI visitées comptait 50 % de postes de médecins vacants, et un des départements s'est même retrouvé dans la délicate situation de ne plus avoir de médecin chef de PMI pendant deux ans. Pour pallier la rareté de la ressource médicale, certains conseils départementaux ont créé des postes de responsable adjoint de PMI au niveau départemental, pourvus par des cadres de santé ou des sages-femmes.

Cette diminution des effectifs médicaux a une incidence directe sur l'activité. Par exemple, en Seine-Saint-Denis, la PMI réalisait en 2000 292 500 actes médicaux auprès des enfants de 0 à 6 ans ; en 2008 cette activité était mesurée à 237 000, et en 2016, à 171 500 (soit une baisse totale de 42 %). Dans le même temps le nombre de naissances annuelles y est passé de 23 000 à 30 000 (source : rapports d'activité de la PMI).

Tableau 6 : Effectifs de la PMI et postes de médecins vacants dans les départements visités

Département	Effectifs de la PMI en 2017 (ETP)	Nombre total de postes de médecins (ETP)	Postes de médecins vacants (ETP)
CD31	193	36	10
CD93	770	143	36
CD54	137	22	9
CD04	35	6	0.5
CD22	87	14	4
CD62	222	20	2
CD78	250	35	5
CD44	168	33	4
CD35	155	25	2
CD75	399	95	7
CD83	134	18	7
CD77	308	45	16
CD91	276	76	15
69 (Lyon Métropole)	331	72	11
CD974	260	20	3

Source : Mission – questionnaire renseigné par les départements

Dans les faits, les services de PMI se sont progressivement et pragmatiquement réorganisés d'eux-mêmes pour optimiser leurs fonctionnements. Certains postes de médecins ont parfois été transformés en postes de puéricultrices ou de sages-femmes. Les missions des personnels paramédicaux ont évolué : ainsi les visites à domicile sont réalisées en très grande majorité par des puéricultrices et/ou des sages-femmes, les bilans de santé en école maternelle sont effectués à 83 % par des puéricultrices.

Certains départements ont su trouver des arguments d'attractivité pour attirer de jeunes médecins : ainsi, en Mayenne, la proposition de concentrer leur action sur les actes médicaux auprès des mères, des enfants ou en CPEF, en dehors des contraintes administratives ou managériales a permis de recruter récemment trois médecins temps plein.

Dans un contexte démographique tendu du fait des effets du *numerus clausus*, il est d'autant plus nécessaire d'accroître l'attractivité du métier de médecin de PMI.

Une politique ambitieuse de recrutement devra être mise au point pour répondre aux attentes des jeunes médecins de demain. Cela passera par une revalorisation salariale et une homogénéisation des primes, mais aussi par une meilleure visibilité de la PMI auprès des médecins en exercice et en

formation. La PMI doit retrouver du lien avec les autres secteurs de la médecine, que ce soit le monde hospitalier ou le monde libéral. Un lien particulier avec l'université doit également être pensé pour rapprocher l'activité de PMI de spécialités médicales comme la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique, la médecine générale ou la santé publique.

Dans l'immédiat, la ressource médicale étant rare, il est nécessaire réserver le temps médical à des situations complexes, qui peuvent être identifiées par les autres professionnels de PMI, notamment les infirmières puéricultrices.

1.11 Du fait d'injonctions cumulatives, la PMI consacre de moins en moins de moyens à la prévention maternelle et infantile

La PMI est obligée de dériver une partie de ses ressources de son cœur de mission préventif afin d'assumer les autres obligations qui lui ont été assignées.

1.11.1 Les missions autour des modes de garde absorbent des moyens humains significatifs

1.11.1.1 Les missions de la PMI portent à la fois sur les modes de garde individuels et collectifs

L'activité relative aux modes de garde est devenue très chronophage pour les services de PMI, du fait du nombre croissant d'assistants maternels et d'EAJE.

En 2013, on comptait en France près de 12 700 établissements (crèches, halte-garderie, établissements multi-accueil, etc.) offrant 396 000 places et 322 000 assistants maternels offrant 982 000 places (source : DREES).

1.11.1.2 Une activité très chronophage

L'activité relative aux assistants maternels

En matière de modes de garde individuels, relève de la compétence des PMI « l'agrément des assistants familiaux ainsi que l'agrément, le contrôle, la formation mentionnée à l'article L. 421-14 du code de l'action sociale et des familles et la surveillance des assistants maternels » (article L.2111-2 du CSP).

La PMI dispose d'un délai maximum de 4 mois pour rendre sa décision après réception du dossier d'agrément complet. A défaut, l'agrément est réputé délivré tacitement. Cette contrainte de temps contribue à orienter en permanence les moyens des services en direction de l'instruction des demandes d'agrément, si nécessaire en reportant d'autres missions.

La plupart des PMI visitées ont fait état d'une saisine quasi systématique de la CCPD par les assistantes maternelles en cas de refus, de retrait ou de suspension d'agrément.

La durée d'un agrément avant renouvellement est de 5 ans. Faute de temps, le suivi et l'accompagnement mis en œuvre en direction des assistantes maternelles entre deux renouvellements d'agrément est léger, voire uniquement sur signalement. Les professionnels des PMI n'ont souvent pas le temps de s'impliquer dans les actions collectives organisées par les relais d'assistantes maternelles (RAM).

Les métiers les plus sollicités autour de l'agrément sont les infirmières puéricultrices, puis les EJE, les cadres de santé et les psychologues. Certaines PMI ont mis en place des équipes d'agrément dédiées (Essonne, Paris par exemple). Il existe de grandes différences entre les PMI selon l'organisation décidée au niveau départemental, et le nombre d'assistantes maternelles et d'EAJE.

S'agissant de la formation obligatoire des assistantes maternelles, elle est le plus souvent déléguée à des organismes de formation dans le cadre de marchés publics.

Dans l'ensemble, les responsables des PMI rencontrés conviennent que le soutien et le conseil aux assistantes maternelles en cours d'activité est peu développé et constitue aujourd'hui le maillon faible du dispositif.

L'activité relative aux modes de garde collectifs

S'agissant des modes d'accueil collectifs de la petite enfance, le président du conseil départemental dispose d'un pouvoir d'autorisation pour la création de structures privées d'accueil collectif et donne un avis sur les projets de création de structures proposés par des personnes morales de droit public. Il est assisté pour l'exercice de ces missions par le médecin départemental de la PMI qui peut déléguer à des médecins de son service.

Tous les établissements d'accueil de jeunes enfants (EAJE) sont également soumis au contrôle et à la surveillance du médecin responsable du service départemental de PMI, qui peut déléguer cette action à d'autres médecins de PMI, à des infirmières puéricultrices ou des EJE formés à cet effet. Les textes ne prévoient pas de périodicité pour ces contrôles.

Le cas échéant, le médecin responsable de PMI peut demander au gestionnaire de mettre en place des mesures correctives dans des délais définis avec lui. Le président du conseil départemental dispose enfin d'un pouvoir de sanction administrative (par exemple réduction de la capacité d'accueil si le personnel est en nombre insuffisant). En revanche, c'est le préfet qui peut procéder à la fermeture d'une structure privée ou adresser à un gestionnaire public une injonction de fermeture d'établissement.

Une estimation du temps mobilisé

D'après les estimations des PMI que nous avons visitées, l'activité autour des modes de garde mobilise de l'ordre de 20 à 30 % du temps des agents. Les gros services ont opéré des optimisations organisationnelles (équipes dédiées).

A titre d'exemple, le département 04 indiquait consacrer 10,5 ETP à l'ensemble des missions « modes de garde », soit 30 % des effectifs de la PMI (35 ETP). Le Pas-de-Calais a calculé que le temps mobilisé pour l'agrément, le suivi et le contrôle des assistantes maternelles correspondait à 46,4 ETP et celui sur les EAJE à 10,9 ETP, soit au global 26 % des effectifs. En Seine-Saint-Denis, les moyens affectés par le département aux modes de garde collectifs correspondent à 25 ETP pour l'agrément des projets d'EAJE, 25 ETP pour l'instruction des modifications d'agrément, et 25 ETP pour le suivi-contrôle des établissements soit 75 ETP pour les seuls EAJE sur un effectif global de la PMI de 770 agents⁶⁷. Dans les Yvelines, l'ensemble « EAJE + assistantes maternelles » mobilise 53,25 ETP (21 % des ETP).

⁶⁷ Il faut y ajouter pour les assistantes maternelles : 1930 jours/homme pour l'agrément, 2500 jours/homme pour le suivi-contrôle ; 1,5 ETP pour la CCPD, 1 ETP sur les MAM, 140 jours/homme pour les recours etc. (source : questionnaire adressé au département)

Les professionnels sont majoritairement des infirmières puéricultrices, les autres professionnels étant des EAJE, des administratifs et des médecins.

On note que ce point avait déjà été mis en avant dans le rapport IGAS de 2006 sur la PMI. La sollicitation des services de PMI semble plutôt s'être aggravée depuis, notamment avec l'émergence des maisons d'assistantes maternelles et des micro-crèches.

Les questionnaires qui ont été remontés à la mission indiquent que, pour les assistantes maternelles, l'agrément (et son renouvellement) mobilisent plus d'ETP que le suivi-contrôle ultérieur des professionnelles. S'agissant des EAJE, les relations avec les CAF sont décrites comme bonnes, avec souvent des commissions d'instruction conjointes. Le suivi-contrôle des établissements déjà ouverts semble être une préoccupation notamment pour les micro-crèches et les structures sans médecin de crèche.

1.11.2 L'attraction gravitationnelle de la protection de l'enfance se fait au détriment de la prévention précoce « prévenante »

Par son action, la PMI participe depuis toujours à la prévention des difficultés familiales, et contribue à la protection de l'enfance. Cependant, les visites de terrain ont fait fortement ressortir une sorte d'aspiration des professionnelles des PMI dans la chaîne d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes (IP).

Ainsi, dans chacun des départements visités, les infirmières puéricultrices ont indiqué à la mission être très régulièrement sollicitées pour effectuer, à la demande de l'ASE ou de la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP), des VAD pour étayer ou infirmer une suspicion de danger concernant des familles avec des enfants en bas âge. La mobilisation des équipes de PMI se décline en VAD (rencontres avec les parents et avec chaque enfant composant la fratrie), en rédaction de rapports d'évaluation, et en participation à des réunions de synthèse sur les suites à donner (classement sans suite, proposition d'une mesure administration d'aide sociale à l'enfance, transmission à la justice, placement en urgence, etc.)

La gestion d'une IP nécessite au moins 3 journées de travail (variable selon le contexte médico-social). D'après les informations recueillies par la mission, les infirmières puéricultrices des PMI consacrent environ 10 % de leur temps de travail à des IP. Les médecins et cadres de santé sont également mobilisés par des commissions et réunions de synthèse liées aux IP.

Les équipes de PMI considèrent avoir effectivement la compétence et l'expertise pour effectuer ces IP, et sont conscientes que de telles évaluations doivent être faites sans délai. S'agissant de nourrissons en particulier, le regard des infirmières puéricultrices est précieux pour apprécier le développement physiologique et psychologique d'un bébé, décrypter les liens d'attachement, et faire la part des choses entre maladresse parentale et maltraitance, entre conditions de vie précaires et négligence, entre des parents dépassés qui ont besoin d'aide et des parents dont le bébé est en danger.

Mais les professionnelles des PMI expriment aussi leur difficulté et leur malaise à devoir intervenir avec un « mandat » et une « étiquette » de l'ASE qui peut leur aliéner la confiance non seulement de la famille concernée, mais aussi de l'immeuble voire de tout le quartier (*« ensuite, on est grillées, les portes ne s'ouvrent plus »*).

Certaines PMI essaient de limiter ces difficultés en dépaysant les « VAD dans le cadre d'IP » d'un secteur vers des professionnelles d'autres secteurs, voire en mettant en place des équipes dédiées à ces IP (avec une rotation rapide car la charge mentale est lourde). Certains départements comme la

Loire-Atlantique, ont fait le choix de rattacher les équipes d'évaluation des IP à l'ASE, et pas à la PMI.

La mobilisation de la PMI pour conduire des IP peut ainsi compromettre la capacité du service à conduire un accompagnement préventif sur la durée. La mission a notamment rencontré un médecin de PMI qui a décidé de faire valoir ses droits à la retraite de manière précoce à cause de ce qu'elle percevait comme une perte de sens professionnel (*« je n'ai pas choisi la PMI pour faire des signalements »*).

D'autant qu'il n'est pas rare que les IP concernent des familles utilisatrices de la PMI, confrontées à des conditions de vie très précaires, pour lesquelles le rapport d'IP conduit finalement à décrire une situation de multi-vulnérabilité déjà connue (*« les rapports d'IP c'est beaucoup de temps et de papier pour pas grand-chose après »*). Le médecin chef de PMI d'un grand département francilien résume ainsi les choses : *« si l'on veut vraiment éviter des placements, le principal levier, aujourd'hui, c'est de construire des logements pour les familles »*, tout en ajoutant : *« dans certaines situation le fait qu'il y ait une IP est salutaire et aide les équipes à prendre du recul et à mieux réaliser le danger. »*

Le malaise pour les équipes tient beaucoup au fait que la PMI soit obligée de restreindre ou de déprogrammer les VAD « prévenantes » - alors que ces VAD sont déjà insuffisantes - pour faire des IP et des VAD « à chaud ».

Dans certains départements, la majorité des VAD effectuées par la PMI concernent désormais des IP, et il peut même arriver que 100 % des VAD de la PMI se fassent dans le cadre d'IP comme cela a nous été signalé dans le Bas-Rhin.

Cette porosité entre l'ASE et la PMI interroge car elle est asymétrique et conduit systématiquement à dériver des moyens humains de la PMI au détriment de la prévention précoce.

Un médecin chef de PMI indiquait ainsi : *« il faut résolument repositionner la Pmi sur la promotion / prévention et éviter que ses moyens soient détournés vers le traitement de l'urgence sociale (évaluation des informations préoccupantes) »*.

Afin de protéger les capacités d'action préventive de la PMI, les visites à domicile concernant des IP devraient logiquement :

- soit être imputées sur le budget de l'ASE (avec un mécanisme de refacturation interne afin que les moyens consacrés par la PMI à ces VAD/IP ne le soient pas au détriment des VAD classiques de prévention) ;
- soit être effectuées par des professionnelles directement rattachées à l'ASE.

Le rapport du CESE de 2014 sur la PMI invitait d'ailleurs à *« évaluer et réexaminer le rôle de la PMI dans la protection de l'enfance notamment clarifier le rôle des équipes de PMI dans leur mission d'évaluation des informations préoccupantes et de signalement. »*

1.11.3 L'activité infantile connaît un repli préoccupant

Les services de PMI ont été sollicités pour de nombreuses missions en dehors de la prévention. Cela a eu un impact sur le cœur de métier de la PMI, l'activité de prévention sanitaire.

1.11.3.1 Le rétrécissement et la saturation de l'activité de consultation infantile

En 1995, près de 900 000 enfants avaient été vus en consultation de PMI, représentant 2,7 millions d'examens. Deux décennies plus tard, on est passé à 550 000 consultants représentant 1.49 million d'examen, soit **une baisse de -45 %**.

Tableau 7 : Evolution de l'activité de consultation infantile 1985-2016

	1985	1991	1995	2004	2008	2012	2016
Consultants (enfants)		886 705	885 100	746 872	665 898	683 636	557 736
Examens cliniques	2 741 000	2 707 000	2 707 200	2 152 735	1 986 310	1 836 798	1 490 584

Source : SESI - DREES

Dans le Pas-de-Calais, la PMI a calculé recevoir en consultation 10,7 % de la classe d'âge des 0-6 ans (ou plus exactement 22,1 % des enfants de moins de 2 ans et une fraction négligeable des enfants de 3-6 ans). En Seine-Saint-Denis, l'investissement volontariste du département aboutit à un ratio plus favorable : les 62 580 enfants vus au moins une fois en 2017 correspondent à 35 % des 179 442 enfants de (0 - 6 ans) (INSEE 2015).

Dans plusieurs départements visités, les délais de consultation se situaient fréquemment autour de 2-3 mois. L'enquête ENFAMS conduite en Ile-de-France aboutit à un délai convergent. Il ne s'agit pas d'un problème de désaffection des familles pour les consultations de PMI mais bien de saturation de l'offre de service.

Cependant, les urgences peuvent toujours être accueillies.

1.11.3.2 Les VAD infantiles ont été divisées par deux en vingt-cinq ans

Les visites à domicile infantiles ont vu leur nombre passer de 1 million à 570 000 en 25 ans.

Tableau 8 : Evolution des VAD infantiles 1991-2016

	1991	1995	2003	2004	2007	2008	2012	2015	2016
VAD	1 000 071	1 075 433	700 189	737 916	422 396	502 433	685 841	576 342	571 887
Nb d'enfants vus à domicile	409 139	520 176	439 009	455 760	329 406	334 135	384 428	262 703	289 997

Source : DREES

Les PMI visitées sont conscientes de cette diminution importante, due aux arbitrages que les équipes ont dû faire, faute de temps suffisant.

Les VAD sont devenues de plus en plus ciblées sur des critères essentiellement sociaux, pour se concentrer sur les situations les plus fragiles.

1.11.3.3 Une tendance marquée au repli sur la tranche d'âge des 0-2 ans

Pour être le plus efficace possible dans la mission de prévention, les PMI ont dû faire des arbitrages, comme concentrer leur action sur les nouveau-nés et nourrissons, de 0 à 2 ans.

La Métropole de Lyon a communiqué des données précises par tranche d'âge qui donnent la mesure du resserrement de l'activité de consultation:

Taux d'enfant vus en consultation par rapport à la classe d'âge	72 % pour les moins de 1 an 21 % pour les enfants entre 1 et 2 ans 10 % pour les enfants de 2 à 3 ans 3 % pour les enfants de 3 à 6 ans
---	--

Ce choix est logique puisque l'on reste dans la période critique des 1000 jours où toute intervention médico-sociale a un impact important pour l'enfant ; c'est aussi un choix logique pour mieux connaître les familles et les fidéliser, et enfin c'est la période la plus critique pour le calendrier vaccinal.

Les équipes de PMI rencontrées souhaiteraient toutes faire plus, mais faute de moyens, il leur semble plus cohérent de se concentrer sur la période périnatale et les deux premières années de vie.

La seule occasion de continuer à voir les enfants de plus de 3 ans est le bilan de santé en école maternelle.

1.11.4 Les bilans de santé en école maternelle restent investis, avec de fortes hétérogénéités territoriales

Le Code de la Santé Publique assigne aux services de PMI la mission d'organiser et de réaliser un examen de santé en milieu scolaire autour de l'âge de 4 ans, le plus souvent en moyenne section de maternelle. Les objectifs sont le contrôle des vaccinations, l'évaluation du développement staturo-pondéral et neuro-développemental et les dépistages de troubles sensitifs visuels et auditifs (articles L-2112-2 et R-2112-3 du CSP).

Auparavant réalisé par des médecins, ce bilan de santé en école maternelle (BSEM) est aujourd'hui réalisé à 83 % par des infirmières puéricultrices, avec une orientation de l'enfant en cas de trouble vers le médecin de PMI, le médecin traitant ou un médecin spécialiste. Cette évolution permet aux PMI d'optimiser leur ressource médicale, de plus en plus rare. Cependant, le fait que les actes des infirmières puéricultrices ne soient pas cotés par l'Assurance Maladie - à la différence des actes des médecins - aboutit à une baisse des remboursements des CPAM.

Le nombre de bilans en école maternelle par les PMI est l'une des rares activités des PMI en augmentation : il est passé de 444 536 en 2003 à 551 810 en 2016 (pour 821 000 enfants nés en 2012, soit une couverture de 67 %).

Ce taux de couverture national autour de 70 % recouvre toutefois de grandes disparités : dans les départements visités, le taux allait de 30 % à 97 %. Il a été rapporté à la mission des refus ponctuels de certaines écoles maternelles privées sous contrat de laisser la PMI organiser ces BSEM.

En s'appuyant sur la cohorte ELFE (Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance)⁶⁸ et sur un partenariat avec 30 PMI, une étude spécifique a pu être conduite par l'INED et l'INSERM en 2016-2017 pour mesurer l'impact des BSEM.⁶⁹

⁶⁸ Cohorte mise en place par l'INED et l'INSERM avec de nombreux autres partenaires, qui permet de suivre une cohorte d'enfants nés en 2011 sur divers aspects (santé, sciences sociales, environnement)

⁶⁹ Etude coordonnée par le Dr Corinne Bois (INSERM/INED) Cf. 1.7.4

Les résultats, dont la mission a eu connaissance, portent sur plus de 260 000 enfants, correspondant à 30 % des naissances de l'année 2011.

Cette étude permet de prendre la mesure de l'hétérogénéité en matière de contenu de ces bilans : en moyenne, 17 % s'accompagnent d'un examen clinique complet (avec présence d'un médecin), la variabilité allant de 3 % à 70 % selon les départements. On en déduit que **plus de 4 bilans de santé sur 5 s'effectuent aujourd'hui sans médecin.**

80.7 % des enfants scolarisés ont eu au moins un dépistage, mais les bilans ne sont pas standardisés et peuvent être incomplets, notamment en ce qui concerne le calcul de l'indice de masse corporelle, la prise de pression artérielle ou l'examen dentaire. Il est donc indispensable d'établir un référentiel national unique.

Recommandation n°4 : Se doter d'un référentiel national permettant une harmonisation des bilans de santé en école maternelle (contenu et outils de dépistage)

Les médecins interviennent en 2^e ligne : le taux d'adressage à la suite du BSEM est élevé, environ 30 %. Cet adressage peut être fait en direction du médecin de PMI, du médecin traitant, ou d'un spécialiste.

Les troubles dépistés lors du BSEM sont principalement visuels (20.1 %, dont 11.7 % non connus) et auditifs (4.2 %), mais aussi nutritionnels (10.4 %) ou neuro-développementaux (4.4 % de troubles du langage).

Cette étude montre qu'à l'occasion du BSEM, 10 % des enfants sont dépistés comme étant en situation d'obésité infantile. Les caries non soignées concernent également 7.3 % des enfants. De plus, un tiers des enfants n'étaient pas à jour des recommandations vaccinales (hors vaccin contre l'hépatite B).

L'étude met donc en évidence l'intérêt en termes d'impact préventif d'un dépistage systématique.

Les éléments recueillis par la mission dans les départements visités, ainsi que les échanges avec les médecins chefs de PMI, corroborent tout à fait l'étude précitée.

Par exemple, dans le Pas-de-Calais, en Haute-Garonne et à Lyon, les BSEM réalisés en 2017 aboutissent aux dépistages positifs suivants :

Tableau 9 : Dépistages positifs suite aux BSEM

Dépistages effectués	CD62	CD31	Métropole de Lyon
Langage	18,10 %	19,8 % (3,4 % connus)	17 %
visuel	12,60 %	14 % (6 % connus)	23 %
auditif	8,60 %	9,9 % (2,4 % connus)	6 %
carie	6,90 %	ND	ND
comportement / psychomoteur	3,70 %	8,8 %	2 %
surcharge pondérale (CD31) ou obésité (CD62)	3,3 %	6,6 %	ND

Source : Départements

La mission a pu relever que les PMI étaient très attachées à ce bilan, qui permet un accès quasi universel aux enfants. Cette activité est fortement investie par les PMI (sauf à Paris où c'est la médecine scolaire qui le réalise). L'exhaustivité dépend cependant des ressources humaines que les PMI peuvent y allouer.

Plusieurs pratiques inspirantes ont été repérées : un département effectue un bilan visuel systématique par un orthoptiste, un autre procède au BSEM en deux temps : les enfants pour lesquels un trouble a été repéré par l'infirmière puéricultrice sont vus une deuxième fois en milieu scolaire par un médecin de PMI.

L'étude des Dr Bois et Charles souligne également que la présence des parents influe positivement sur le contenu et la richesse du bilan.

L'âge de 4 ans est pertinent, car la PMI concentre ses efforts sur les 0-2 ans et la période de 3-4 ans est souvent insatisfaisante en termes de médecine préventive. Enfin, à l'âge de 3-4 ans, les troubles constatés sont le plus souvent encore réversibles quand ils sont dépistés, ce qui n'est plus le cas pour certaines pathologies (comme l'amblyopie) quelques années plus tard.

La mission estime que le bilan de santé en école maternelle doit pouvoir être proposé à 100 % des enfants de moyenne section et devenir un standard républicain dans le parcours de santé des 0-6 ans.

L'abaissement récent de l'âge de la scolarisation obligatoire à 3 ans offre l'opportunité de coupler cette évolution de société avec la généralisation du BSEM, avec un objectif populationnel de 100 %.

Comme le code de la santé publique le prévoit, les services de PMI sont à même de réaliser ce bilan, grâce à leur implantation sur tout le territoire et aux liens tissés avec le milieu scolaire.

1.11.5 L'activité prénatale en direction des femmes enceintes et des mères souffre d'un manque de moyens et de cloisonnements institutionnels

1.11.5.1 Des difficultés pour contacter les femmes

Toutes les PMI que nous avons rencontrées nous ont fait part d'un problème récent mais constant : la difficulté à contacter les femmes enceintes durant leurs grossesses. En effet, la modification du CERFA de déclaration de grossesse et la mise en place de la dématérialisation de ces déclarations a rendu facultatifs certains renseignements comme le numéro de téléphone.

Les PMI ont bien accès aux déclarations mais n'ont plus automatiquement les coordonnées pour joindre les femmes facilement.

Ces déclarations de grossesse sont en outre transmises trop tardivement pour permettre de réaliser les entretiens prénataux précoces de manière exhaustive. Dans certaines PMI, les déclarations de naissance sont également reçues trop tardivement.

Ce sujet mérite attention car il empêche des prises de contact par téléphone ou par SMS et oblige à adresser des courriers, avec le risque que ces derniers ne soient pas lus ou pas compris par les destinataires.

Un groupe de travail CNAM/CNAF/SNMPMI/DSS/CNIL pourrait utilement s'atteler à identifier les voies et moyens de faciliter la mise en relation PMI-femmes enceintes.

Recommandation n°5 : Faire en sorte que les PMI puissent contacter les femmes par téléphone (faire figurer le numéro de téléphone sur le cerfa de déclaration de grossesse).

1.11.5.2 La baisse des VAD maternelles

Le nombre de visites à domicile maternelles a baissé de presque 100 000 entre 2004 et 2016. La PMI voit à peine plus de femmes en 2016 qu'en 1991. Cette évolution défavorable doit cependant être modérée par le déploiement parallèle du PRADO.

Tableau 7 : Evolution du nombre de VAD maternelles (1991-2016)

	1991	1995	2003	2004	2007	2008	2012	2015	2016
VAD	242 800	264 200	238 072	274 825	169 079	194 224	235 477	196 348	188 219
Nb de femmes vues à domicile	64 500	91 700	80 988	97 403	83 172	95 750	102 224	66 074	69 635

Source : DREES

De la même façon que pour les enfants, le manque de personnels disponibles pour effectuer ces VAD a obligé les services de PMI à cibler les femmes les plus fragiles. Beaucoup de personnels de PMI rencontrés ont déploré ne plus pouvoir se rendre à domicile comme avant, et admettent que le ciblage se concentre maintenant sur les cas les plus extrêmes.

Dans une enquête nationale de 2016 menée par T. Saïas sur l'ensemble des départements, la quasi-totalité de ceux-ci répond que les puéricultrices réalisant les VAD ont au moins 5 autres activités connexes (bilan en école maternelle, agréments des modes d'accueil du jeune enfant, protection de l'enfance). Leur disponibilité pour les VAD est de moins de deux jours par semaine.

1.11.5.3 L'entretien prénatal précoce : toujours un faible taux de couverture

Le Code de la Santé Publique prévoit « des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien prénatal précoce proposé systématiquement et réalisé à partir du quatrième mois de grossesse » (article L.2112-2).

L'entretien prénatal précoce (EPP) est un élément important du travail des PMI. Il permet de parler avec le couple de la grossesse en cours, de la naissance et des premiers mois de vie, mais aussi des projets de couple. C'est une étape essentielle dans le soutien à la parentalité et de la prévention périnatale.

Les PMI que nous avons vues ont toutes investi l'EPP, mais le taux de couverture reste faible du fait du manque de disponibilité des personnels de PMI (cf. 2.4). L'étude précédemment citée (T. Saïas et al.) estime que 20 % des femmes ont eu un contact avec la PMI en prénatal (VAD et/ou consultation à la PMI) mais avec des taux variant de 5 % à 41 % selon les départements.

La loi prévoit pourtant que cette activité soit systématiquement proposée aux femmes enceintes.

1.11.5.4 L'articulation de la PMI avec le PRADO demande à être mieux organisée

Le Programme d'accompagnement au retour à domicile (PRADO), piloté par la CNAM, a été initié en 2010 pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital-ville. Il se décline sur plusieurs situations, dont le post-partum.

Il concerne les femmes n'ayant pas eu de difficulté médicale à la maternité et qui se voient proposer un retour précoce à domicile avec un accompagnement.

Un conseiller de l'Assurance Maladie vient rencontrer les mères à la maternité après l'accouchement. Ce conseiller recueille l'accord des mères pour bénéficier du PRADO et les invite à choisir une sage-femme au moyen d'une liste issue d'ameli.fr. La première visite de la sage-femme à domicile intervient le plus souvent dans les 48 heures suivant la sortie de maternité. La seconde visite intervient avant le 12^e jour du post-partum.

Lors des visites de la mission dans les PMI, le défaut d'articulation entre les services de PMI et le programme PRADO est revenu comme un problème récurrent.

Le PRADO semble vécu comme une concurrence à la PMI, alors qu'il a vocation à être complémentaire et que les indications du PRADO sont théoriquement restrictives.

Les difficultés rapportées sont de plusieurs ordres :

- en premier lieu, alors que le site ameli.fr mentionne explicitement que les femmes choisissant d'intégrer le PRADO pourront faire appel à leur sage-femme habituelle, à une autre sage-femme proche de leur domicile, ou à la sage-femme de PMI qui a suivi leur grossesse, la pratique semble différente ; les conseillers de l'assurance maladie en maternité orientent vers le PRADO des femmes qui étaient suivies en PMI et auraient utilement pu continuer à l'être, voire auraient souhaité continuer à l'être ;
- les conseillers se centrent par ailleurs sur la présentation du PRADO sans évoquer semble-t-il l'existence du « plateau » de la PMI et notamment la possibilité de consultations infantiles ou de visites à domicile d'infirmières puéricultrices ;
- d'après plusieurs PMI rencontrées, les sages-femmes libérales participant au PRADO sont de plus en plus des sages-femmes libérales jeunes et nouvellement installées (alors que par le passé, l'installation en libéral faisait suite à un parcours professionnel en milieu hospitalier). Ces sages-femmes connaissent moins la PMI que leurs aînées ce qui peut aboutir à des défauts d'orientation ou à des prises en charge tardives ;
- enfin, les femmes ayant bénéficié du PRADO gardent parfois ensuite « leur sage-femme » et il serait fréquent qu'elles ne donnent pas suite aux appels téléphoniques de la PMI y compris concernant le passage d'une infirmière puéricultrice.

De son côté, la CNAMTS considère que les PMI ont la possibilité d'intégrer le PRADO si elles le souhaitent (demander à figurer sur la liste des sages-femmes) et que si elles ne le font pas, c'est du fait de leur difficulté à respecter le cahier des charges (délais d'intervention de 24H ou 48H y compris le week-end).

Une des bonnes pratiques permettant de réguler ces tensions consiste à ce que la PMI participe au staff de maternité afin que les parturientes se voient proposer le service le plus ajusté à leurs besoins (soit le PRADO, soit la PMI), en évitant que les mères ne voient successivement défiler dans leur chambre deux personnes différentes proposant chacune un accompagnement à domicile, ce qui entretient de la confusion.

Un travail national de coordination entre la CNAMTS et des représentants de PMI semble nécessaire pour améliorer l'articulation PRADO/PMI.

Recommandation n°6 : Renforcer l'articulation PRADO/PMI

1.11.6 La planification familiale : un champ essentiel mais peu visible et inégalement investi

Les services de PMI ont comme mission d'organiser des activités de planification familiale et d'éducation familiale, ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses (article L.2112-2 du CSP).

Cette activité est malheureusement invisibilisée dans le sigle « PMI », alors que l'articulation entre la PMI et les CPEF est logique.

Les CPEF sont présents dans les structures de PMI, le plus souvent dans les mêmes locaux. Pourtant, cette activité est vécue comme le parent pauvre de la PMI, moins investie par les équipes et les directions que l'activité maternelle et infantile.

Pourtant les données de la DREES montrent que les CPEF ont réalisé en 2012, 772 000 consultations (452 000 personnes vues), 31 000 actions collectives (3/4 en milieu scolaire). Les jeunes femmes mineures représentent 16,5 % des personnes vues en consultation (données DREES 2015), 21 % des personnes ayant eu un examen clinique, 19,4 % des consultations de contraception, 9,6 % des IVG médicamenteuses et 17,2 % des entretiens avec des CCF.

Certaines PMI ont mis en place une délégation de mission avec les centres hospitaliers, mais avec peu de contrôle, et les services de gynécologie-obstétrique ont également souvent peu investi cette mission (peu de vacations de gynécologues).

Seuls un quart des CPEF proposent aujourd'hui l'IVG médicamenteuse, faute de personnel médical.

Un réinvestissement des CPEF est nécessaire, et même indispensable. En effet, cette activité est parfaitement complémentaire de l'activité de PMI proprement dite, dans un rôle de prévention prénatale et pré-conceptionnelle, permettant de préparer les grossesses, d'éviter les grossesses non programmées et/ou non désirées.

L'évolution en Centres de Santé Sexuelle paraît souhaitable. Le CPEF ont une expertise de prise en charge psychosociale, notamment grâce à la présence de CCF, et dans la prise en charge de mineures. Cependant, une telle évolution impliquerait la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, sur le plan préventif et thérapeutique, ainsi qu'un volume horaire d'ouverture au public conséquent, notamment en soirée.

Il faut définir des parcours de soins intégrés pour que les CPEF soient complémentaires d'autres structures prenant en charge la santé sexuelle comme les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD). CPEF et CeGIDD peuvent s'organiser pour prendre en charge efficacement les infections sexuellement transmissibles. Les services de gynécologie-obstétrique des centres hospitaliers devraient intervenir en 2^e recours, pour les cas les plus complexes ou nécessitant un environnement plus spécialisé.

1.12 La couverture des besoins est globalement insuffisante

Les données que la mission a pu collecter suggèrent que les services de PMI sont loin, aujourd'hui, de répondre aux besoins sanitaires identifiés.

1.12.1 La couverture des besoins en prénatal et en postnatal

S'agissant spécifiquement de l'EPP, le taux de couverture actuel n'était que de 29 % en 2016 (enquête périnatalité). La PMI en a assuré 51 000 en 2012, soit un peu moins de la moitié des EPP réalisés à cette date en France.

On rappellera ici que près d'un département sur deux n'assure pas de séances pré ou post natales, ou moins de la moitié de ce qui est prévu par le CSP (données 2012).

Selon une récente enquête de l'ANISS, 20 % des femmes enceintes seraient physiquement en contact au moins une fois avec les services de PMI avant leur accouchement.⁷⁰ Or, en sachant que les familles avec enfant(s) sont surexposées à la pauvreté monétaire, et en intégrant d'autres facteurs de vulnérabilité (jeunes filles mineures enceintes, femmes en situation de monoparentalité, primipares, femmes en situation de migration, grossesses non désirées...), le besoin à couvrir en prénatal se situe très au-dessus de 20 % des grossesses.

S'agissant du postnatal, la réduction de la durée moyenne de séjour à la maternité, qui est une tendance lourde de notre système de santé, doit s'accompagner d'une action renforcée à domicile.

1.12.2 La couverture des besoins en planification et en éducation familiale

Les PMI assurent, *via* les CPEF, des consultations médicales relatives à la contraception et à l'IVG. Les PMI assurent également des informations individuelles ou collectives de prévention portant sur la sexualité et les infections sexuellement transmissibles, ainsi que sur l'éducation familiale, et des entretiens de conseil conjugal ou de planification familiale. Les CPEF rejoignent bien les publics cibles prioritaires : 21 % des consultations concernent des mineurs, et 72 % des départements effectuent des actions de sensibilisation en milieu scolaire (DREES, 2012). En revanche, en 2012, seuls 33 départements satisfaisaient la norme fixée par le CSP en matière de consultations.⁷¹

1.12.3 La couverture des besoins en consultations infantiles

En 2016, le nombre de consultants était de 557 000 et le volume d'examen de 1,49 millions.

Le besoin théorique à couvrir est bien plus élevé :

Avec 16 examens obligatoires dans les 6 premières années⁷² (hors certificat de santé du 8^e jour), chaque classe d'âge nécessite en moyenne 2,66 examens par enfant et par an entre 0 et 6 ans (16 examens sur 6 années = 2,66/an), ce qui correspond à 2 millions de consultations par an pour chaque classe d'âge, ou encore à un volume total de 12 millions de consultations pour toute la

⁷⁰ Enquête ANISS 2016, 48 départements répondants. Moyenne: 20 %, min : 5 %, max : 41 %

⁷¹ 16 demi-journées de consultations prénatales et de planification ou d'éducation familiale pour 100 000 habitants de 15 à 50 ans – art R.2112-5 du CSP.

⁷² Suivant le nouveau calendrier

population des 0-6 ans. **Avec 1 490 000 examens, la PMI ne couvre donc que 12 % des besoins en consultations infantiles pour les 0-6 ans.**

Si l'on voulait – par exemple – que la PMI assure les consultations infantiles obligatoires pour 20 % des 0-6 ans, soit la part des enfants en situation de pauvreté monétaire (seuil à 60 %), il faudrait porter le volume de consultations des PMI à 2,4 millions de consultations. Un tel volume n'est pas « hors sol » : il est inférieur au volume d'examens qui avait cours en 1985 ou en 1995 (2.7 millions/an).

1.12.4 La couverture des besoins au niveau du bilan de santé en école maternelle

Au niveau global, le taux de couverture du BSEM oscille autour de 60 % à 70 % selon les années, avec de fortes variations selon les départements. **Un tiers de la classe d'âge des enfants de moyenne section ne bénéficient donc pas de ce dépistage gratuit.**

Un taux de couverture de 100 % supposerait de passer de 550 000 BSEM (2016) à 750 000 bilans réalisés chaque année, nonobstant les enjeux liés à l'harmonisation du contenu de ce bilan, à la présence des parents (actuellement non systématique) et à la prise en charge aval en cas d'orientation suite au dépistage d'un trouble sensoriel ou du développement.

1.13 Des professionnel(le)s malgré tout engagé(e)s

Dans tous les centres de PMI que nous avons visités, nous avons eu le plaisir de trouver des professionnels dédiés à la santé et à la prévention, qui s'engagent avec force, courage et abnégation dans leurs missions quotidiennes, au service de la communauté, et notamment auprès des plus vulnérables.

Nous avons pu nous rendre compte que les professionnels travaillent vraiment en équipe, prenant soin de ménager des temps d'échange pour croiser les regards sur les situations les plus complexes.

Si les services de PMI sont sous l'autorité d'un médecin chef au niveau départemental, nous avons observé une réelle bienveillance entre tous les professionnels, qu'ils soient du monde de la santé ou du secteur social.

Cette ambiance particulière est propice à une inventivité qui a permis une adaptation rapide et pertinente aux phénomènes internes et externes ayant touché les services de PMI ces dernières années.

Malgré un certain degré d'épuisement professionnel, individuel et collectif, et un sentiment de déficit de reconnaissance de la part des autorités sanitaires et du monde de la santé, les professionnels de PMI restent au service de la population pour la promotion de la santé des plus jeunes.

1.14 Les outremer : des problématiques particulières

Les outremer concentrent un certain nombre de difficultés sociales : taux de chômage plus élevé qu'en France métropolitaine, niveau de vie et niveau d'éducation moyens moins élevés. Ces facteurs rendent plus prégnant le rôle de structures médico-sociales comme la PMI.

Comme le souligne le rapport d'information Bareigts-Isaac Sibille de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, « *les inégalités territoriales de santé sont encore plus criantes lorsque l'on considère les départements d'outre-mer au regard de l'hexagone* », déplorant le manque de données chiffrées sur ces indicateurs de santé (consommation de tabac, taux de surpoids et d'obésité, en particulier pour Mayotte et la Guyane).

Ils rappellent une donnée fondamentale de la problématique ultramarine : « *chaque territoire d'outre-mer présente des problématiques qui lui sont particulières* ». Ainsi, la dispersion des populations dans certaines régions, associée à une pénurie de professionnels de santé amplifie les inégalités de santé.

Concernant l'enfance, on constate un taux de prématurité plus élevé qu'en France métropolitaine (entre 10,4 % et 13 % contre 6,2-7,6 %) et un taux de mortalité infantile plus de deux fois plus élevé (7,6 contre 3,3 / 1000). On trouve également un nombre important de violences faites aux femmes, notamment des rapports sexuels non consentis (Commission nationale consultative des Droits de l'Homme).

Le Baromètre Santé 2014, publié par la DREES (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1057.pdf>) précise que « *le moins bon niveau des déterminants socio-économiques outre-mer constitue donc une des raisons pour lesquelles l'état de santé déclaré dans les DROM est moins bon qu'en Métropole* ». Cette mauvaise santé déclarée concerne encore plus les femmes.

Les outremer imposent des efforts intenses pour résorber les inégalités de santé, qui existent dès la naissance, tout en prenant en compte les particularités de chaque territoire.

Le territoire dans lequel les problèmes sont les plus exacerbés est sous aucun doute Mayotte, qui combinent des facteurs sociaux inédits à une situation critique de la PMI au niveau du personnel et des infrastructures.

1.14.1 Le cas de La Réunion

La Réunion dispose de 45 centres de PMI et 10 CPEF (environ 260 agents). Le service départemental de PMI est sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur et chaque centre est sous la responsabilité d'un médecin. 3 postes de médecins sont actuellement vacants, sur un total de 20,5 ETP. Un ratio d'un médecin pour 700 naissances environ a été maintenu.

En 2017, le budget de la PMI à la Réunion était de 5,5 million d'euros (données DGCL) soit quatre fois la moyenne nationale. Les recettes provenant de l'Assurance Maladie sont de 610 000 euros.

Au niveau départemental, une « cellule d'agrément, autorisations et contrôle » et une « cellule certificats de santé, statistiques et épidémiologie » vont être créées.

Une dizaine de points de consultation ont été fusionnés ces dernières années dans une démarche de mutualisation des équipes et des locaux.

Plus de deux tiers des familles rencontrent un professionnel de PMI avant la sortie de la maternité.

L'effectif des sages-femmes est supérieur à la norme nationale pour prendre en compte les spécificités locales, notamment les grossesses chez les mineures.

Environ 13 % des femmes enceintes sont suivies en PMI (données 2016-2017), dont 8 % suivies à domicile, majoritairement des femmes primipares dans des contextes socio-économiques défavorables, souvent originaires de Mayotte.

Suite aux entretiens prénataux du 4^e mois de grossesse, près de la moitié des femmes bénéficient d'un suivi par la PMI.

Les visites à domicile pour les femmes enceintes sont concentrées sur les femmes primipares, les mineures et les femmes de plus de 42 ans.

Parmi les enfants suivis en PMI, plus de la moitié bénéficient de visites à domicile, surtout dans la première année de vie. Le ciblage se fait essentiellement sur les fiches de liaison de maternité, les réseaux de périnatalité, les CAMSP et les services sociaux. Les VAD sont néanmoins proposées à toutes les familles.

Le taux de réalisation des BSEM est d'environ 80 %. Les bilans se font soit à l'école soit en PMI. Le Conseil Départemental précise que *« tous les enfants pourraient bénéficier de ce dépistage à condition de maintenir les effectifs actuels en ETP d'infirmières de PMI. Certains facteurs peuvent expliquer l'absence de couverture totale des enfants : poste vacant, enfant qui ne se présente pas, refus des parents, absence de transmission des coordonnées de parents à la PMI, écoles hors contrats. »*

Sur l'activité de CPEF, la contraception représente 80 % des causes de consultation. Les IVG médicamenteuses ne sont pas encore proposées, mais le projet est en cours. Des actions collectives sont réalisées en milieu scolaire.

Les infirmières puéricultrices et les médecins sont impliqués dans les agréments et suivis des modes de gardes (1 600 assistantes maternelles et 320 EAJE sur le Département).

La Réunion apparaît donc comme un territoire où la PMI s'est adaptée aux forts enjeux sanitaires et sociaux, en mobilisant des moyens conséquents et en privilégiant l'aller vers (visites à domicile).

1.14.2 Le cas de Mayotte

Le service de PMI de Mayotte a fait l'objet d'une mission de l'IGAS en 2016^[1].

Le rapport issu de cette mission met en évidence les très fortes particularités mahoraises. Sur le plan démographique, la population a doublé en 10 ans. Avec près de 10 000 naissances par an, Mamoudzou est ainsi la plus grande maternité de France mais aussi d'Europe. Cette croissance démographique hors norme aboutit à une situation de très forte tension pour les services publics, y compris la PMI, malgré un budget conséquent de 14.6 millions d'euros en 2015 (rebasé à la hausse depuis).

Parmi les femmes accouchant à Mayotte, on compte beaucoup de femmes comoriennes, et le taux de mineures est 10 fois plus élevé qu'en France métropolitaine (5.1 % vs 0.5 %). Les indicateurs de précarité sont également beaucoup plus dégradés en termes de pauvreté (revenu moyen par habitant de 9000 €/an), de niveau éducatif ou de couverture sociale (la majorité des femmes qui accouchent ne sont pas affiliées à la Sécurité sociale).

L'offre de soins repose essentiellement sur le secteur public dans la mesure où il n'y a quasiment pas de professionnels de santé libéraux. L'hôpital et la PMI sont donc en première ligne. La pénurie

[1] Mission d'appui au département de Mayotte sur le pilotage de la protection de l'enfance, Pierre Aballéa, Yves Rabineau, 2016

médicale est encore plus exacerbée qu'en France métropolitaine ou dans les autres outremer (taux de vacance de postes de médecins de PMI de 57 % en 2015).

Il existe par ailleurs des pénuries récurrentes de médicaments (dont les contraceptifs) et de vaccins. Des opérations de rattrapage de la couverture vaccinale ont d'ailleurs été conduites avec l'appui de Santé Publique France et de professionnels de santé venus en renfort de métropole.

Dans ce contexte, le service de PMI est fortement mobilisé sur le premier recours, de même que le centre hospitalier de Mayotte. Sur la période 2012/2016, deux tiers des grossesses étaient suivies en PMI, plus de trois quarts des enfants avaient eu un suivi en PMI et 90 % des vaccinations infantiles étaient réalisées en PMI (source : rapport IGAS de 2016 précité).

Faute de médecins, l'activité de consultation repose beaucoup sur les sages-femmes et les infirmiers, respectivement pour les suivis de grossesse et d'enfants. Le taux de vacance de poste pour ces métiers est élevé. On constate de plus une baisse des visites de PMI à domicile que ce soit pour les femmes enceintes (environ 50 par an, pour un nombre de grossesses entre 7000 et 10 000 par an) ou pour les enfants (117 en 2014 pour une population d'enfants de moins de 3 ans de plus de 20 000). La diminution pour les VAD infantiles a été de 80 % entre 2011 et 2014.

Au vu de ces éléments critiques et des enjeux majeurs de santé publique, la mission Igas de 2016 a préconisé de redéfinir les compétences des acteurs de la PMI en suggérant de «*permettre aux médecins PMI du Département de Mayotte de pratiquer des actes thérapeutiques, de prescrire des médicaments aux usagers de ce service et, le cas échéant de participer à l'offre de soins de premier recours assurée par le service public hospitalier*», et même que «*les infirmiers de la PMI en particulier, devraient être autorisés à prescrire les médicaments nécessaires au traitement des maladies banales de la petite enfance*» car la PMI se retrouve souvent en situation de suivi médical exclusif des jeunes enfants.

A la suite de ce rapport, le budget de la PMI a été renforcé et sanctuarisé dans un budget annexe.

Conformément au plan Mayotte du printemps 2018 (mesure n° 48), une mission interministérielle (IGF-IGA-IGAS-CGEDD) relative à l'organisation des pouvoirs publics est actuellement en cours à Mayotte. Elle permettra notamment d'apprécier l'utilisation et le déploiement de ces moyens additionnels au service d'une meilleure prévention infantile et maternelle.

La population de Mayotte va encore augmenter, notamment sur le segment des jeunes en situation précaire. Les besoins de santé vont se concentrer sur le premier recours, où la PMI joue un rôle important. La situation à Mayotte appelle très certainement des réponses organisationnelles spécifiques compte tenu des enjeux sanitaires exacerbés.

1.15 Les enseignements des expériences étrangères

La mission n'a pas effectué de déplacements à l'étranger. Dans un souci d'économie et d'efficacité, elle a interrogé à distance les conseillers sociaux de nos ambassades afin de recueillir des éléments de comparaison et des idées pouvant éclairer la réflexion des pouvoirs publics.

Le principal enseignement de cette enquête est que, au-delà des modes d'organisation propres à chaque pays, tous nos partenaires européens ont développé des services publics dédiés à la santé de la (future) mère et du jeune enfant.

L'offre de service proposée est en général gratuite, et intègre une dimension de soutien à la parentalité.

1.15.1 L'Allemagne

En Allemagne, ce sont les femmes elles-mêmes qui choisissent, entre le 3ème et le 7ème mois de grossesse, la sage-femme qui les accompagnera.

Un entretien prénatal a lieu au domicile des patientes pour aborder les sujets liés à la parentalité, la construction du lien parents-enfant et l'accueil du bébé dans la fratrie.

Dans la période post-natale précoce, les visites à domicile (type PRADO) sont plus nombreuses qu'en France : quotidiennes voire biquotidiennes, pendant les 10 jours qui suivent un accouchement et peuvent s'étendre jusqu'à 8 semaines si nécessaire. Les objectifs sont non seulement le suivi médical de la mère et de l'enfant et l'accompagnement de leur relation, mais aussi l'allaitement, la rééducation périnéale, la prévention de la dépression post-partum, la prise en compte de l'environnement immédiat de la mère...

1.15.2 Le Danemark

La protection maternelle et infantile dépend directement des municipalités qui doivent offrir ce service aux femmes enceintes et aux enfants. Il existe des normes nationales pour le suivi des enfants. Le suivi médical est sectorisé dans des centres médicaux de quartier, en fonction du lieu de résidence.

Ce suivi, gratuit, repose sur le médecin, la sage-femme et l'infirmière du centre médical. Le médecin fait la première visite de grossesse, puis le suivi est fait conjointement avec la sage-femme. L'infirmière assure le suivi et la coordination de l'accompagnement des femmes enceintes, des mères et des nouveau-nés. Elle commence à travailler le soutien à la parentalité en milieu de grossesse.

En post-natal, le suivi est fait d'abord par la sage-femme, puis dans un second temps par l'infirmière.

1.15.3 La Suède

Le suivi de grossesse est libre en Suède (non obligatoire) ; les futures mères peuvent consulter une sage-femme au sein d'un centre de soins primaires. Le choix du centre et de la sage-femme est libre. Toutes les consultations dans le cadre du suivi de grossesse sont gratuites. La mère et le nouveau-né reçoivent une visite à domicile d'une infirmière une semaine après l'accouchement. Puis le suivi de l'enfant sera réalisé dans un centre de santé, avec des examens faits par un médecin ou une infirmière selon l'âge de l'enfant.

Durant sa 1^{ère} année, l'enfant passe 5 visites dites de développement ; puis ces visites ont lieu à 1,5 ans, 3 ans, 4 puis 6 ans. Lors de ces visites obligatoires, le médecin et l'infirmière examinent l'enfant.

1.15.4 La Finlande

La structuration des soins dépend des municipalités. Tous les soins sont dispensés gratuitement.

Le suivi de grossesse se fait dans un centre de consultations prénatales. Un soutien à la parentalité est proposé aux futurs parents précocement dans la grossesse. Les visites sont réalisées par les infirmières et les sages-femmes, voire les médecins pour les cas complexes. Certaines sont réalisées à domicile.

Les visites à domicile post-natales sont réalisées par les mêmes professionnels de santé (avec un temps dédié à ces visites dans leurs agendas), mais aussi le cas échéant par des travailleurs sociaux.

Il existe des centres d'accueil pour femmes isolées qui accompagnent également sur le plan social.

Les enfants sont suivis dans des centres de consultation pédiatriques jusqu'à l'âge de 6 ans (âge de scolarisation). La législation impose au moins 15 examens dans ces centres, dont au moins 5 doivent être réalisés par le médecin en plus de l'infirmière. Les parents doivent pouvoir être intégrés dans des groupes de parents et doivent pouvoir bénéficier de visites supplémentaires si besoin. Trois des 15 examens doivent être approfondis, incluant les deux parents, et évaluer le développement de l'enfant, sa santé et son bien-être, dans une approche multidisciplinaire. Des conseils en santé sont fournis individuellement ou en groupe, par ces centres qui doivent s'appuyer sur des connaissances scientifiques fondées et permettre le bon développement de l'enfant dans sa relation avec ses parents, y compris dans sa dimension de santé mentale et psychosociale.

1.15.5 Le Royaume-Uni

Le programme « Sure Start », d'abord destiné aux personnes les plus vulnérables, a progressivement été généralisé au début des années 2000 pour tous les enfants de moins de 5 ans. Des centres de proximité ont été déployés autour de plusieurs actions médico-sociales : visite de travailleurs sociaux ; soutien aux familles et aux parents ; accès à des jeux, loisirs, services éducatifs et de garde de bonne qualité ; soins primaires, conseils en matière de développement infantile et de santé à destination de toute la famille ; assistance pour les personnes ayant des besoins particuliers.

Dans les premières années du programme, il a été constaté que les personnes les plus fragiles n'ont paradoxalement pas bénéficié de l'ensemble du programme, car elles étaient moins à même de profiter des services offerts que des familles moins défavorisées.

Puis cette initiative a été intégrée aux centres de santé locaux et généralisée sur le territoire. Chaque famille a ainsi un accès garanti à un centre dédié.

Une évaluation de ce programme a été publiée en 2015, montrant une augmentation du bien-être familial (amélioration de la santé mentale des mères, de l'interaction enfants-parents), et du développement des enfants (capacités cognitives).

2 SCENARIOS D'EVOLUTIONS

La PMI traverse aujourd'hui en France une crise préoccupante. Sans un sursaut des pouvoirs publics, le scénario tendanciel est celui d'une réduction de cette politique publique à un niveau résiduel (cf. 3.1). La prise de conscience de l'ampleur de la crise étant désormais en cours, certaines pistes ont été esquissées pour sortir des difficultés actuelles, comme par exemple l'idée de transférer aux CAF une partie de missions aujourd'hui dévolues aux PMI (cf. 3.2), ou encore celle de ré-étatiser la PMI (cf. 3.2). Les développements qui suivent analysent ces deux options et présentent le scénario de sortie de crise préconisé par la mission : un plan PMI 2019-2022 (cf. 3.4).

2.1 Sans un réinvestissement fort par les pouvoirs publics, la PMI sera en voie d'extinction dans la moitié des départements d'ici 10 ans

Le diagnostic posé par la mission est celui d'une crise majeure de la PMI. Si les dynamiques budgétaires et démographiques actuelles se poursuivent, la perspective est celle d'une extinction à bas bruit de cette politique publique faute de moyens et d'effectifs.

Au fil de l'eau, la poursuite des tendances actuellement constatées conduit en effet à envisager la projection suivante :

- Concernant le maillage territorial, si le mouvement de réduction du nombre de points fixes de consultation reproduit dans les années à venir le rythme constaté entre 1992 et 2011, le nombre de sites de consultation infantile pourrait diminuer d'un quart et tendre vers 3000 sites d'ici 10 ans (contre près de 6000 sites en 1992).
- Selon le CNFPT⁷³, 66 % des médecins de PMI auront atteint l'âge de la retraite d'ici 2020 ; compte tenu du déficit d'attractivité de la PMI, il existe un risque, à brève échéance que la part des postes de médecins non pourvus augmente fortement ; si la moitié voire les deux-tiers des postes de médecins deviennent vacants dans les années à venir, les transferts financiers de l'assurance-maladie (remboursement des actes des médecins) diminueront d'autant ; sans prise en charge des actes de prévention des infirmières puéricultrices par l'assurance-maladie, il est possible que certains départements hésitent à développer des consultations infirmières de substitution dont ils devraient supporter le coût intégral ; des effets de report vers les urgences hospitalières, les maternités et l'offre de soins libérale seront sans doute observés.
- S'agissant du suivi des femmes enceintes la PMI, l'étude ANISS de 2016 indique que les sages-femmes de PMI ne peuvent consacrer en moyenne que 2 jours aux VAD. La tendance actuelle observée de certaines PMI consistant à privilégier les séances de consultations pour faire face à la file active de patientes devrait se poursuivre. Sans inflexion budgétaire, et en poursuivant la tendance récente observée, les VAD, qui ont régressé de 20 % entre 2012 à 2016, concerneraient moins de 50 000 femmes d'ici 2020 (soit moins de 6 % des femmes enceintes).
- S'agissant des consultations infantiles, la poursuite de la tendance observée (baisse de -40 % des consultants entre 1991 et 2016) aboutira à passer sous la barre de 10 % de la population des 0-6 ans vue en consultations en PMI dans les prochaines années.
- S'agissant des visites à domicile infantiles, qui ont été divisées par deux entre 2010 et 2016, la poursuite de cette tendance aboutira à un passer sous la barre des 300 000 VAD d'ici 2021, soit 6 % de la population des 0-6 ans.

⁷³ Cf. CNFPT La démographie des personnels territoriaux au 31/12/2006, oct.2009

Le scénario tendanciel au fil de l'eau aboutira donc à une offre de service PMI résiduelle, couvrant au mieux 5 à 10 % de la population, avec quelques îlots significatifs (principalement en Ile-de-France) mais selon toute vraisemblance des pans importants de territoires non couverts. Pour maintenir une accessibilité géographique, le maillage territorial devra se réorganiser avec des permanences itinérantes et investir des maisons de santé, centres de santé etc. ; les plateaux techniques reposeront sur des infirmières puéricultrices et des sages-femmes mais un nombre beaucoup plus limité de médecins de PMI ; le ciblage sur les 0-2 ans et les populations les plus vulnérables s'accroîtra, et la visite à domicile présentera un caractère exceptionnel.

Cet effet d'assignation de la PMI à une forme de médecine des pauvres peut susciter du non recours et/ou de la stigmatisation (retour des dispensaires). Cette évolution correspondrait à un abandon de fait de la logique d'universalité au profit d'un hyper-ciblage, mais avec des modes opératoires paradoxaux puisque renonçant à l'aller vers.

Le nombre de médecins pourrait très vite diminuer, rendant insoluble l'équation de redistribution des tâches vers d'autres professionnels.

Des mesures ambitieuses doivent être mises en place pour éviter un phénomène d'effondrement de l'activité, de l'organisation et du financement liés à la perte d'un pourcentage important de médecins temps plein de PMI dans les prochaines années.

Compte tenu de « l'effet falaise » lié au vieillissement démographique rapide des médecins actuellement en poste, la mission recommande de mettre en place sans attendre plusieurs mesures simultanément :

- Mesures budgétaires :
 - revalorisation du traitement des médecins de PMI, en mettant l'accent en début de carrière, afin de se rapprocher de ce qui est proposé en début de carrière en centres de santé ou pour les praticiens attachés à l'hôpital ;
 - harmonisation du système de primes, qui est très hétérogène ;
 - augmentation du prix des vacances à 50 euros brut de l'heure ;
- Mesures relatives à la formation :
 - créer une Formation Spécialisée Transversale (FST) dédiée à la médecine de PMI, en la déclarant « d'intérêt pour la médecine générale » ;
 - permettre aux internes de se former sur l'ensemble des activités de PMI ;
 - augmenter le nombre de terrains de stage d'interne dans les PMI ;
 - rapprocher la médecine de PMI de l'université. Un lien avec les CHU est indispensable pour attirer de jeunes médecins et développer les aspects de recherche en périnatalité. Ce rapprochement doit s'envisager conjointement avec les services de pédiatrie hospitalo-universitaires, les départements universitaires et médecine générale et les sociétés savantes concernées ;
 - valoriser les fonctions de tuteurs et de maîtres de stage pour les médecins seniors de PMI souhaitant former des plus jeunes ;
- Mesures statutaires :
 - envisager une fusion du statut de médecin de PMI sur un statut plus large de médecin de santé publique et médecine sociale pour permettre un déroulement de carrière plus attractif ;

- favoriser le recours aux médecins vacataires à brève échéance pour amortir les effets démographiques attendus des départs en retraite : proposer des temps partiels pour les jeunes médecins installés, mais aussi pour les médecins déjà installés, en fin de carrière, voire faire appel à des médecins retraités ;
- permettre des passerelles pour des mutations au sein du département ;
- envisager des regroupements de chefferie de service de PMI en cas de postes vacants pour libérer du temps de soin et de prévention.

2.2 L'idée d'un glissement vers les CAF des missions « modes de garde »

2.2.1 Les objectifs visés

La branche famille a vocation à porter le développement des modes de garde de la petite enfance.

Les CAF co-instruisent les projets de création d'EAJE, qu'elles financent en investissement et en fonctionnement à travers la PSU. Elles financent également indirectement les micro-crèches puisque c'est la PAJE, reversée par les familles aux gestionnaires, qui permet l'équilibre économique de ces projets. De même, la PAJE vient solvabiliser les parents employeurs d'une assistante maternelle agréée.

Compte tenu de cette réalité, l'une des options organisationnelles envisageable pourrait être de confier à terme aux CAF (et aux MSA) l'intégralité du processus d'autorisation et d'agrément des modes de garde de la petite enfance.

Les partisans d'une telle évolution mettent en avant plusieurs arguments :

- une logique de simplification et de constitution d'un bloc de compétence unique « petite enfance » au sein de la branche famille ;
- une logique d'allègement de la charge de travail des PMI ; les PMI pourraient réinvestir le temps ainsi libéré dans leurs missions préventives et notamment dans les visites à domicile infantiles (à condition que ces transferts de missions ne s'accompagnent d'aucun transfert d'effectifs) ;
- une logique d'efficacité : la ressource médicale en PMI étant rare, il convient de l'affecter prioritairement sur des missions de santé ; de plus, le contrôle de la conformité des (futurs) bâtiments (de crèches) aux diverses normes applicables nécessite une expertise technique qui ne relève pas particulièrement de compétences médicales ou infirmières ;
- une logique d'harmonisation : il est reproché à certaines PMI d'instruire les projets d'EAJE ou de micro-crèches de manière trop rigide, voire en intégrant dans leur analyse et leur avis des contraintes sur-réglementaires au nom du bien-être des enfants ;
- une logique de maîtrise des coûts : dans le même esprit, certains acteurs estiment que les services de PMI n'intègrent pas suffisamment les contraintes économiques dans leurs avis, et peuvent être amenés à émettre - au nom du bien-être des enfants - des préconisations qualitatives qui ralentissent la livraison des équipements, renchérissent les coûts et compromettent la viabilité économique des projets.

2.2.2 Les risques et questions soulevées par une telle évolution

Plusieurs interlocuteurs de la mission ont émis des réserves sur le scénario d'un transfert aux CAF.

Les raisons invoquées sont notamment les suivantes :

- la PMI perdrait la vision globale de l'enfant « dans tous ses milieux de vie » ;
- un tel transfert ne répondrait pas aux attentes de la profession : selon le baromètre de qualité de vie au travail 2018 des assistantes maternelles, 68% des 5000 assistantes maternelles interrogées se sentiraient en sécurité avec le système actuel (PMI et RAM) ;
- les CAF, dont l'objectif principal est la création de places d'accueil nouvelles, pourraient être enclines à instruire les projets sous un angle trop quantitatif et économique, au détriment du bien-être des enfants (surbooking, optimisation des surfaces, etc.), à être « juge et partie » ;
- les nouveaux enjeux sanitaires (qualité de l'air, perturbateurs endocriniens...) exigent un renforcement du regard sanitaire sur les projets d'EAJE ;
- le fait pour la PMI d'intervenir en amont dans l'instruction des projets d'EAJE permet aussi d'accompagner l'élaboration du projet pédagogique et de soutenir le développement de bonnes pratiques professionnelles ; l'intervention ultérieure de médecins de PMI comme médecins de crèches permet une continuité de la relation avec les équipes ;
- les PMI, qui ne sont pas partie prenantes au financement, sont à la bonne distance institutionnelle et sont les seules à avoir « le pouvoir de dire Non » à des projets méconnaissant l'intérêt supérieur de l'enfant (l'exemple emblématique de projets de crèches au bout des pistes des aéroports d'Orly et de Roissy nous a été cité à plusieurs reprises) ;
- certains départements cofinancent la création de places d'EAJE et veulent absolument garder la maîtrise de la décision d'autorisation. C'est le cas notamment de la Ville de Paris : la création de places de crèches est un objectif important de mandature et il est exclu pour l'exécutif municipal de déléguer l'instruction des projets d'EAJE à des tiers, car l'instruction des projets par les services municipaux est aussi l'occasion d'accompagner ces projets et de s'assurer d'une livraison dans les délais ;
- le transfert de mission aux CAF, même s'il se fait théoriquement sans transfert d'effectifs, sera perçu par certaines directions générales de départements comme l'occasion de geler les budgets des services de PMI ou de supprimer des postes : les PMI perdront d'une main ce qu'elles avaient gagné de l'autre ;
- la réglementation actuelle des micro-crèches est trop floue, certaines communes et CAF ne sont pas mécontentes que la PMI soit là pour endosser le refus de projets de micro-crèches privées qu'elle jugent de mauvaise qualité (notamment regroupement de 2 ou 3 micro-crèches dans les mêmes bâtiments) ou faisant directement concurrence à des multi-accueils publics ;
- les CAF n'ont pas aujourd'hui les moyens humains et les compétences métier pour absorber ces compétences en l'état ; un transfert autoritaire rapide de ces missions serait « transférer le problème aux CAF », « dégrader la qualité de l'agrément », « ce sont les enfants qui vont en subir les conséquences » ; ces arguments sont revenus de manière récurrente : certains interlocuteurs de la mission convenaient que les missions relatives aux modes de garde pourraient être exercées par d'autres acteurs que la PMI, mais s'inquiétaient des répercussions pour les enfants d'un transfert non réfléchi à des fins d'optimisation budgétaire ;

- les PMI n'ont actuellement pas les moyens d'assumer convenablement le suivi-accompagnement des assistantes maternelles entre deux agréments, il faudrait aussi renforcer les moyens consacrés à ce suivi-accompagnement : « on ne fait que la moitié de ce qu'on devrait faire » ; « la priorité serait de consacrer des moyens à ce suivi » ; « si on transfère l'agrément, qui fera le suivi-accompagnement ensuite : les CAF ou la PMI ? » ;

Parmi les différences de sensibilité qui se sont exprimées lors des auditions, un point de consensus émerge : à condition de regrouper préalablement l'ensemble des normes applicables au sein d'un référentiel unique opposable, le contrôle de la conformité bâtementaire des EAJE pourrait très bien être confié à des « tiers-certificateurs » (bureaux d'étude...) afin de soulager les équipes de PMI.

Recommandation n°7 : Publier un référentiel unique opposable rassemblant l'ensemble des prescriptions techniques réglementaires à observer (bâtiments d'EAJE)

2.2.3 L'avis de la mission

Du point de vue de la mission, il convient de distinguer plusieurs enjeux :

1) Distinguer les modes d'accueil collectif et les assistantes maternelles.

La question se pose de manière différente pour les modes d'accueil collectif et les assistantes maternelles.

S'agissant des projets d'EAJE, les CAF procèdent déjà à une instruction systématique. Plusieurs territoires ont d'ailleurs mis en place des commissions conjointes CAF-PMI pour examiner les projets d'EAJE. La compétence métier existe donc déjà dans les CAF pour les structures collectives, même si elle est aujourd'hui plus ciblée sur l'exploitation économique que sur l'organisation bâtementaire et le projet éducatif. Par ailleurs, à travers l'agrément des centres sociaux-culturels, les CAF disposent déjà d'une ingénierie humaine et technique concernant l'accompagnement global de projets d'équipements destinés à accueillir du public, étant entendu que les dimensions sanitaires concernant l'hygiène et la sécurité sanitaire requièrent une vigilance particulière dans des EAJE accueillant des nourrissons âgés d'à peine 3 mois.

En s'appuyant sur une phase d'expérimentation et en structurant clairement l'instruction des projets autour de plusieurs volets – y compris le projet pédagogique et la dimension sanitaire – (l'équilibre d'exploitation ne doit pas être la seule entrée), une délégation progressive aux CAF apparaît envisageable.

Sur le versant de l'accueil chez des assistantes maternelles, la situation est très différente : les CAF n'ont aujourd'hui ni les effectifs ni les compétences métiers pour agréer des assistantes maternelles. Le maillage départemental des CAF n'est pas non plus adapté pour des missions qui supposent une ou plusieurs visites au domicile des candidates. L'adaptation organisationnelle nécessaire serait donc majeure : recrutement et formation d'infirmières puéricultrices, d'éducateurs jeunes enfant, de psychologues, organisation d'équipes territorialisées dédiées etc. Par ailleurs, les services de PMI font aujourd'hui parfois officieusement office de médecine du travail auprès de professionnelles qui peuvent rencontrer des problèmes de santé incompatibles avec l'exercice du métier d'assistante maternelle (alcoolisme, dépression...). Au-delà de la sécurité du domicile et de l'absence de casier judiciaire, l'agrément (et son renouvellement) nécessitent aussi un regard clinique et un regard métier.

2) La question de l'impact des ressources humaines

Compte tenu des moyens actuellement mobilisés par les PMI pour les tâches d'agrément, la question est loin d'être anecdotique.

L'impact global d'un transfert aux CAF correspondrait à transférer une charge de travail qui mobilise aujourd'hui entre 2000 et 3000 ETP au sein des PMI.

Un transfert d'effectifs correspondants des PMI vers les CAF n'aurait aucun sens puisque l'objectif est précisément de redéployer des moyens sur les actions de prévention précoce.

Il faudrait donc envisager la création de 2000 à 3000 ETP supplémentaires dans les CAF. Or, à la demande de l'État, la CNAF s'est au contraire engagée à supprimer 2 100 emplois sur la durée de la COG signée fin 2018 pour cinq ans. Maintenir cette trajectoire « vertueuse » n'est pas possible s'il était demandé à la CNAF d'absorber un surcroît d'activité.

Quant à l'idée que les CAF puissent absorber un transfert de charge d'une telle ampleur sans moyens humains dédiés, elle apparaît hautement irréaliste et ferait courir le risque d'un « accident industriel ».

Pour toutes ces raisons, une phase d'expérimentation préalable apparaît indispensable.

Il est à noter que pour les PMI, les « dividendes » RH les plus importants se situent du côté du transfert de l'agrément des assistantes maternelles (la plupart des PMI rencontrées consacraient beaucoup plus d'ETP aux assistantes maternelles qu'aux projets d'EAJE), mais que c'est précisément ce segment pour lesquelles les CAF ne sont aujourd'hui pas armées. A contrario, l'instruction des projets d'EAJE a déjà été rationalisée dans la plupart des PMI (équipes dédiées...) et ne semble pas reposer principalement sur des infirmières ; les moyens humains qui seraient « retrouvés » en cas de transfert ne seraient donc pas forcément affectables à des visites à domiciles ou consultations, ce qui est pourtant l'objectif principal recherché.

3) Délégation ou transfert de compétences ?

Dans l'hypothèse d'une délégation, le président du conseil départemental resterait juridiquement l'autorité qui autorise un EAJE ou délivre l'agrément, mais avec une délégation de gestion à la CAF.

Les échanges de la mission avec l'ADF – et avec plusieurs départements – indiquent que les exécutifs départementaux n'ont aucune envie d'assumer juridiquement une responsabilité – y compris au plan pénal – sans maîtriser la chaîne administrative correspondante.

L'hypothèse d'une délégation semble donc exclue, sauf peut-être dans le cadre d'une expérimentation contrôlée.

Dans l'hypothèse d'un transfert de compétences, la CAF deviendrait l'autorité juridiquement compétente pour autoriser un EAJE, délivrer, suspendre ou retirer un agrément. Il s'agit donc de confier à des organismes privés des prérogatives de puissance publique. Dans quelle mesure est-il possible juridiquement de déléguer un pouvoir réglementaire à un directeur(trice) d'une CAF ?

La mission suggère une expertise détaillée sur ces aspects juridiques.

4) Quels sont *in fine* les priorités et objectifs de politique publique poursuivis ?

Il existe incontestablement une tension entre l'objectif de rechercher la meilleure qualité d'accueil possible pour les 0-3 ans, et l'objectif d'accueillir le plus d'enfants possible dans des modes de garde agréés.

En donnant à la PMI un pouvoir d'agrément (en réalité il ne s'agit que d'un avis, mais il semble que les présidents de département ne s'en écartent jamais), le législateur a instauré une sorte de garde-fou, de vigie dont la seule préoccupation est celle du bien-être des enfants.

Si le législateur décide, demain, de transférer cette mission à d'autres acteurs, on peut s'attendre à un déplacement du curseur en faveur de la production de places.

Du point de vue de la mission, on ne peut pas exclure un impact défavorable sur la qualité de l'accueil en EAJE, notamment à travers une optimisation plus poussée des taux d'occupation en cours de journée au regard des normes d'encadrement. Est-ce acceptable ? Oui, si cela permet à davantage de mères de retravailler, à davantage d'enfants d'être socialisés. Non, si l'optimisation de l'équilibre d'exploitation débouche sur l'épuisement des enfants et des professionnels. C'est en plaçant l'humain au cœur que le juste équilibre pourra être trouvé.

2.2.4 Les conditions de réussite

Les conditions de réussite d'un transfert (délégation) aux CAF des missions d'agrément identifiées par la mission parlementaire sont les suivantes :

- publier dans les meilleurs délais un référentiel bâtiementaire national opposable ;
- passer par une phase d'expérimentation et d'évaluation dans plusieurs territoires sur la base du double volontariat du département et de la CAF (MSA) ;
- organiser des expérimentations modulaires, en testant plusieurs configurations afin de quantifier précisément la charge en ETP correspondant à chaque tâche (à l'échelle d'une circonscription d'action sociale, de tout le département ; seulement pour les EAJE ; EAJE & assistantes maternelles etc.) ;
- poser clairement le principe de l'absence de réduction des effectifs des PMI;
- accepter à l'avance que l'organisation finale soit variable selon les territoires (certains départements ne souhaitent pas se départir des compétences autour des modes de garde) ;
- maintenir impérativement la procédure d'agrément et de suivi des assistants familiaux de l'ASE au sein des départements ;
- se garder d'une bascule autoritaire sans anticipation.

2.2.5 Perspectives à moyen terme

S'agissant des assistantes maternelles, la mission a été frappée de constater que notre organisation institutionnelle conduit à mobiliser des moyens humains et financiers publics essentiellement autour de l'agrément initial et de son renouvellement. A contrario, la mission de suivi-soutien-accompagnement des assistantes maternelles est peu investie par la PMI, faute de moyens, et parce que les assistantes maternelles – ainsi que cela a été rapporté à plusieurs reprises lors des auditions semblent craindre qu'une demande d'aide ou une question adressée à la PMI ne déclenche un contrôle ou un retrait d'agrément.

Dissocier les missions d'agrément initial et de suivi-accompagnement pourrait donc aussi ouvrir de nouvelles perspectives en termes de régulation du secteur.

De fait, il peut être plus gratifiant – et plus efficient – d'utiliser le temps de travail d'une infirmière puéricultrice chevronnée pour assurer une conférence thématique à 20 assistantes maternelles plutôt que pour se rendre au domicile d'une seule assistante maternelle.

Certains interlocuteurs auditionnés ont notamment exprimé l'idée d'une organisation alternative du secteur dans laquelle les pouvoirs publics investiraient moins de moyens dans l'agrément initial et davantage dans l'accompagnement et le soutien ultérieur des assistantes maternelles. Dans cette hypothèse, l'agrément initial se limiterait à quelques vérifications incontournables (non dangerosité du domicile, absence de casier etc.), les parents futurs employeurs de l'assistante maternelle s'assurant directement, lors de l'entretien de recrutement, que le profil professionnel de la personne correspond à ce qu'ils souhaitent. En revanche, les pouvoirs publics exerceraient un suivi et un accompagnement accru tout au long de la vie professionnelle des assistantes maternelles : affiliation obligatoire à un RAM, obligations de formation continue accrues, animation des professionnelles, échanges entre pair(e)s etc. On passerait progressivement d'un dispositif d'agrément *ex ante* à un dispositif de soutien et d'accompagnement professionnel *in itinere*.

Au-delà du qui fait quoi s'agissant de l'agrément, la mission estime donc nécessaire de réfléchir au rééquilibrage, à moyen terme, entre les moyens publics mobilisés autour de l'agrément et ceux qui sont dédiés à l'entretien des compétences des assistantes maternelles et à la prévention de l'isolement professionnel au fil de l'eau.

2.3 L'hypothèse d'une étatisation de la PMI

2.3.1 Les conséquences d'une reprise par l'État

L'hypothèse d'une reprise de la compétence PMI par les ARS a été évoquée au sein de l'appareil de l'État dans le courant de l'année 2018 en se fondant sur le précédent de la recentralisation des centres de lutte contre la tuberculose en 2004. L'objectif visé par une telle étatisation serait de confier aux ARS la responsabilité du pilotage de l'offre de service.

La mission a eu l'occasion d'échanger sur ces enjeux de gouvernance avec six ARS durant les investigations⁷⁴, puis de rencontrer l'ensemble des directeurs généraux d'ARS réunis en séminaire en janvier 2019.

A l'analyse, il apparaît rapidement que cette hypothèse d'une reprise par les ARS se heurte à de sérieuses objections :

- la reprise juridique de la PMI au niveau des ARS n'apporterait en soi aucune réponse ni à la question des moyens insuffisants, ni à celle de la pénurie de médecins ;
- s'agissant en particulier de la question du financement, le « débasage » de la DGF/DGD n'apporterait aux ARS que des recettes très faibles (moins de 20 M€ d'après les estimations de la mission), sans commune mesure avec les charges à financer ; il s'agirait donc principalement du transfert d'une impasse budgétaire ; la reprise de la compétence PMI à son coût réel apparaît quant à elle impraticable dès lors que cela reviendrait à pénaliser les départements ayant fait l'effort de financer la PMI au-delà des socles réglementaires et à avantager les départements ayant le moins investi dans la PMI ;
- au plan pratique, les ARS étant des administrations de mission, elles devraient, sauf à absorber en leur sein les personnels territoriaux des PMI, re-déléguer aux départements, ou à des opérateurs associatifs, le soin d'organiser les consultations, VAD etc. ;

⁷⁴ Entretiens téléphoniques ou physiques avec les DG ou directeurs(trices) de la santé publique des ARS d'Ile de France, Auvergne Rhône Alpes, Nouvelle Aquitaine, Grand Est, Pays de la Loire, Hauts de France, Centre Val de Loire.

- il en résulterait une complexité et une illisibilité de la chaîne administrative, des coûts de coordination et d'administration non négligeables (appels à projets etc.), et un risque fort d'affaiblissement de l'articulation social/santé qui est aujourd'hui la marque de fabrique des PMI ;
- enfin, cette étatisation ouvrirait, ainsi que la mission a pu le vérifier en auditionnant l'ADF, des tensions politiques majeures avec les départements.

Certains acteurs ont également fait observer à la mission parlementaire que la médecine scolaire, compétence relevant de l'État, se portait plutôt plus mal que la PMI, compétence décentralisée, ce qui relativiserait la capacité de l'État à « faire mieux » que les départements.

2.3.2 La mission recommande de ne pas retenir ce scénario

Pour l'ensemble des raisons ci-dessus, la mission recommande d'écarter fermement le scénario d'une étatisation de la PMI, qui serait une fausse solution.

Pour autant, la mission partage pleinement les inquiétudes exprimées par la conférence des directeurs généraux d'ARS sur l'insuffisance des moyens aujourd'hui dévolus à la PMI alors qu'il s'agit d'un levier essentiel de prévention précoce.

Elle estime, comme les directeurs généraux d'ARS, qu'il est urgent de renforcer la PMI tout en veillant aux articulations entre la SNS, les PRS et les actions de la PMI.

Pour atteindre ces objectifs, la mission préconise de privilégier l'outil du contrat.

La proposition de la mission est donc de développer une contractualisation financière ambitieuse entre les ARS et les PMI en créant un fond national « PMI » délégué aux ARS. Cette contractualisation permettra d'organiser un circuit de financement fléché en faveur de la prévention sanitaire et de fixer des objectifs de santé publique territorialisés.

Dans la même logique que celle du FAPI⁷⁵ ou de la contractualisation en cours de construction dans le cadre de la stratégie pauvreté, il s'agit d'appuyer, dans le respect de la décentralisation, la réalisation d'objectifs structurants.

La mission estime que les ARS ont un rôle essentiel à jouer pour soutenir la PMI. La mobilisation de fonds de l'assurance-maladie délégués aux ARS permettra de consolider ou de déployer les actions conduites par les PMI contribuant à des objectifs de santé publique identifiés comme prioritaires dans le cadre de la SNS, des PRS et du diagnostic local mené avec le département et la CPAM.

La valeur ajoutée des ARS dans ce rôle d'accompagnement et de régulation a vocation à se déployer dans de multiples directions :

- retour d'information aux départements sur leur situation relative en termes d'indicateurs de santé et co-identification des priorités locales de santé maternelle et infantile ;
- impulsion de communautés professionnelles territoriales de santé (CTPS) impliquant les PMI ; il s'agit de favoriser l'inscription des PMI dans le système de santé local en complémentarité avec les autres acteurs (réseaux périnatalité, hôpitaux, maternités, professionnels de santé libéraux, CAMSP, CMPP, centres de santé...);
- dialogue et interface entre les PMI et les CPAM pour renforcer l'articulation entre le PRADO et les PMI ;

⁷⁵ Fond d'appui aux politiques d'insertion

- dialogue et interface avec les PMI et les CPAM pour renforcer les actions de prévention, de planification et d'éducation à la sexualité ;
- soutien au déploiement de visites intensives à domicile ;
- appui opérationnel aux PMI (prospection, mise en réseau, mobilisation de médecins retraités, lien avec les CHU) pour le recrutement de stagiaires, de médecins vacataires et de médecins titulaires ;
- animation interdépartementale des PMI (échanges d'informations et d'outils).

2.4 Le scénario préconisé par la mission : un plan de refondation de la PMI

2.4.1 Principes directeurs d'une refondation de la PMI

La PMI doit trouver le juste équilibre entre la nécessité d'un ancrage territorial d'une part, et son intégration au sein de la politique nationale de santé publique d'autre part.

Dans un univers décentralisé, un cadre national est nécessaire, avec des mécanismes d'incitation et de régulation pour garantir l'équité sur l'ensemble du territoire et pour orienter les moyens en direction des enjeux sanitaires identifiés comme prioritaires.

Or, ce cadre et ces mécanismes font défaut aujourd'hui. L'enjeu des propositions qui suivent est de mettre en place ces éléments structurants, qui sont autant d'attributs d'une véritable politique publique de PMI, à savoir :

- des objectifs nationaux lisibles ;
- des espaces de régulation organisés permettant une gouvernance par les acteurs institutionnels impliqués : départements, État, assurance maladie ;
- des moyens budgétaires sécurisés et fléchés permettant de garantir une adéquation entre les missions et les moyens ;
- une animation nationale, régionale et locale ;
- une stratégie active de renforcement de l'attractivité de la PMI pour attirer des médecins ;
- une évaluation régulière des impacts des actions conduites par les autorités sanitaires.

2.4.1.1 La décentralisation de la PMI ne fait nullement obstacle à ce que l'État énonce des objectifs de santé publique

Comme le rappelait le rapport de l'IGAS en 2006 : « *La loi décrit d'emblée la promotion de la santé maternelle et infantile comme une mission partagée entre l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale. Il y a bien décentralisation mais au sein d'une politique d'ensemble* ».

Dans le cadre de la politique nationale de santé, l'État est responsable de "*l'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile*" (article L.1411-1 du CSP).

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

2.4.1.2 L'État doit fixer un socle national et en être le garant

La mission propose de passer des normes réglementaires actuelles, exprimées en termes d'effectifs et d'activité, à des taux de couverture cible de la population.

Il s'agit de passer d'un pilotage par la norme à un pilotage par objectifs. (Par exemple : assurer dans tous les départements un taux de couverture du bilan de santé en école maternelle d'au moins X %).

Cette actualisation du CSP permettra d'exprimer clairement les finalités de la PMI en tant que politique publique, de fixer un cap stratégique collectif qui fasse sens pour les acteurs, avec des objectifs cible plus lisibles et mieux investis que les normes actuelles.

Les objectifs socles ainsi redéfinis par le CSP doivent être clairement opposables, l'État, *via* les ARS, assumant son rôle de garant. La contrainte juridique sera acceptée dès lors que les dépenses nouvelles engagées par les départements au service de ces objectifs pourront être couvertes par des financements fléchés de l'assurance-maladie.

La mission a réfléchi, en lien avec la direction générale de la santé et la plate-forme « Assurer l'avenir de la PMI », à ce que pourraient être les objectifs socles impartis à la PMI. On trouvera ci-après une première tentative de formalisation de ce que pourraient être ces objectifs socles.

Proposition d'objectif socle pour le BSEM :

Estimation des besoins à couvrir : 100 % des enfants de moyenne section de maternelle. Une couverture universelle exhaustive est atteignable.

Objectifs cible proposés :

2020 : taux de couverture supérieur à 70 %

2021 : taux de couverture supérieur à 80 %

2022 : taux de couverture supérieur à 95 %

Proposition d'objectif socle minimal pour l'entretien prénatal précoce (EPP) :

Estimation des besoins à couvrir : 100 % des femmes enceintes, avec une attention particulière aux femmes en situation de vulnérabilité (NB : le taux de couverture actuel est estimé à 29 %).

Rôle attendu de la PMI : Contribuer de manière significative à ce que l'EPP soit effectif pour les femmes enceintes en situation de vulnérabilité matérielle ou psychologique. Le critère du taux de pauvreté monétaire donne un plancher cible à couvrir (14 % des femmes enceintes soit 105 000 EPP). La cible populationnelle doit cependant être plus large compte tenu des facteurs de vulnérabilité non monétaires (mineures enceintes, risque de dépression post-partum, monoparentalité. C'est pourquoi il est proposé de fixer à terme à la PMI l'objectif de réaliser un EPP avec 20 % des femmes enceintes. Ce taux de 20 % correspond d'ailleurs à la part des femmes enceintes ayant été en contact au moins une fois avec la PMI (cf. enquête ANISS).

Montée en charge proposée :

	2016	2020	2021	2022
taux de couverture effectif des femmes	29 % soit environ 140 000 EPP	40 % soit environ 215 000 EPP	50 % soit environ 290 000 EPP	60 % soit environ 365 000 EPP
part d'EPP assurés par la PMI	env 50 000 EPP ⁷⁶	env 70 000 EPP	env 90 000 EPP	env 105 000 EPP

Taux de couverture socle pour la PMI :

La Direction Générale de la Santé, qui a, à la demande de la mission, réfléchi à un objectif socle possible, suggère une cible de 30 % des grossesses.

La proposition de la mission (20 % des grossesses) est cohérente avec la vision de la DGS, quoique légèrement moins ambitieuse.

Proposition d'objectif socle pour les VAD prénatales :

Estimation des besoins à couvrir : femmes enceintes en situation d'isolement, de précarité, de vulnérabilité, en difficultés de mobilité, avec une offre libérale peu accessible etc.

Taux de couverture socle pour la PMI :

- Proposition de la DGS : 30 % des grossesses
- Proposition de la mission : au moins 20 % des grossesses

Proposition d'objectif socle pour les VAD infantiles :

Estimation des besoins à couvrir :

Taux de couverture socle pour la PMI :

- Proposition de la DGS : 50 % des enfants en situation de vulnérabilité.
- Proposition de la mission : 20 % des enfants de 0 à 3 ans (taux de pauvreté monétaire des enfants = 20 %), à raison de 3 VAD/an.

Proposition d'objectif socle pour les consultations infantiles :

Estimation des besoins à couvrir : 16 examens obligatoires dans les 6 premières années (hors le certificat de santé du 8^e jour), ce qui correspond à 2 millions de consultations par an pour chaque classe d'âge, soit un volume total de 12 millions de consultations pour la population des 0-6 ans.

Taux de couverture socle pour la PMI :

- Proposition de la mission : la PMI doit être en mesure d'assurer les consultations infantiles obligatoires pour 20 % des 0-6 ans, soit un volume annuel de 2,4 millions de consultations infantiles.

⁷⁶ En 2012 – source Enquête Périnatalité

Proposition d'objectif socle pour les CPEF :

Objectifs socles proposés :

- 100 % des jeunes filles mineures bénéficient d'une sensibilisation/information en milieu scolaire ;
- une information sur les CPEF est délivrée systématiquement aux adolescent(e)s de 15 ans et plus accueillis à l'ASE ;
- toute femme doit avoir accès à une IVG médicamenteuse (CPEF, hôpital ou secteur libéral) dans un rayon de 50 km par rapport à son domicile.

2.4.1.3 Ces objectifs socles doivent être inscrits dans le code de la santé publique et opposables

Le socle minimal de couverture des besoins sanitaires maternels et infantiles devra être respecté sur l'ensemble du territoire. Il appartiendra aux ARS de veiller à leur respect et à l'État (DREES) de veiller à la remontée effective des informations permettant un suivi annuel.

La mission suggère de prévoir un délai de 3 à 5 ans pour que les départements se conforment pleinement à ce socle minimal.

Compte tenu des propositions faites par ailleurs par la mission concernant le remboursement des bilans de santé et des actes des infirmières puéricultrices, les départements bénéficieront de concours financiers accrus en provenance de l'assurance-maladie leur permettant de financer, le cas échéant, la remise à niveau de leurs équipes et services de PMI afin de respecter le socle minimal national.

Les départements qui le souhaitent pourront également expérimenter le glissement vers la CAF de certaines missions relatives aux modes de garde et ainsi récupérer des postes d'infirmières.

Au-delà de la période transitoire de 3 à 5 ans, le socle national deviendra pleinement opposable. En cas de non-respect de ces objectifs, l'inscription d'office de dépenses obligatoires sera juridiquement possible. La mission part toutefois du principe que la protection de la santé des mères et des enfants de 0-6 ans est un objectif politique d'intérêt général transpartisan et partagé. Dès lors que les contraintes de financement actuelles seront levées, la remise à niveau se fera naturellement (dans la limite des difficultés et du temps nécessaire pour recruter des médecins).

Recommandation n°8 : Transformer les normes réglementaires du code de la santé publique en objectifs socles opposables, avec une période de transition

2.4.1.4 Dans le respect de ce socle minimal, il appartiendra aux départements et aux ARS d'ajuster contractuellement ces objectifs cible en fonction des réalités de chaque territoire

Au-delà du socle minimum commun, les objectifs cibles doivent pouvoir être différenciés selon les territoires de manière à corriger les inégalités territoriales et à orienter l'allocation des moyens budgétaires prioritairement en direction des zones ou départements présentant des besoins sanitaires et sociaux élevés et/ou insuffisamment couverts.

Afin de pouvoir mettre en œuvre un universalisme proportionné, la mission recommande donc que la répartition du fonds national PMI entre les ARS prenne en considération un ensemble d'indicateurs de besoin : indicateurs populationnels ; taux de pauvreté ; indicateurs relatifs à l'état de santé de la population infantile et maternelle ; indice de développement humain ; accessibilité de l'offre libérale en sages-femmes, pédiatres, gynécologues, généralistes etc.

Cette analyse doit permettre de moduler les enveloppes régionales en fonction des besoins, et de définir contractuellement des objectifs territorialisés différenciés intégrant les spécificités de chaque département.

Recommandation n°9 : Créer en LFSS 2020 un fonds national PMI délégué aux ARS (calqué sur le FIR)

2.4.1.5 Repenser le modèle économique de la PMI

Le financement de la PMI tel qu'issu de la décentralisation est mortifère pour la prévention car il oblige les départements à arbitrer, au sein d'enveloppes fermées, en faveur des allocations individuelles de solidarité et au détriment de la PMI. La mission recommande de remettre à plat le système actuel pour aboutir à un modèle économique plus vertueux et plus clair :

- aux départements, sur leurs ressources propres (dotations et fiscalité), la charge de financer l'ensemble des missions de PMI ayant trait aux modes de garde, à la protection de l'enfance (visites à domicile dans le cadre d'informations préoccupantes, agrément des assistants familiaux de l'ASE), au soutien à la parentalité ;
- à l'Assurance Maladie, via la cotation de certains actes et un fonds national, la responsabilité de financeur et de gestion du risque : remboursement des actes des médecins, des sages-femmes, des infirmières puéricultrices, financement des bilans de santé en école maternelle, financement d'actions de prévention sur objectifs, remboursement des vaccins ;
- aux départements, en tant qu'opérateurs de proximité, la responsabilité de piloter et de mettre en œuvre une offre de service de qualité et adaptée à leurs réalités territoriales ;
- à l'Etat, la responsabilité de veiller au respect par tous les départements des objectifs socles fixés par le code de la santé publique ;
- à l'Etat également, via les ARS, le soin de proposer aux départements une contractualisation incitative via le fonds national PMI, pour renforcer l'impact des PMI là où les inégalités sociales de santé sont fortes, et accompagner financièrement les départements dans l'atteinte d'objectifs de santé publique fixés d'un commun accord (au-delà des seuils réglementaires minimaux) ;
- à l'Etat, enfin, la responsabilité de ne pas saper les bases mêmes de cette refondation de la PMI : pour encourager les départements à dé plafonner leurs dépenses de PMI, et pour que les financements issus de l'Assurance Maladie puissent avoir l'effet de « booster » escompté, il faut éviter de s'enfermer dans une vision étroite du pacte de stabilité (cf. recommandation N°20).

En sus de cette clarification des rôles, la mission considère qu'un rebasage financier de la PMI est indispensable. Ce renforcement est collectivement rationnel compte tenu du ROI très favorable de la prévention précoce, qui est bien documenté.

La montée en charge du plan PMI proposé par la mission correspond à un investissement collectif raisonnable de l'ordre de 75 M€ en 2020, 80 M€ en 2021 et 100 M€ en 2022. La mission propose de viser à terme un rebasage pérenne de 100 M€ par an ; ce rééquilibrage ne viendra en fait que compenser la baisse de 25 % de la dépense de la PMI depuis 10 ans.

Pour rappel, un investissement de 100 M€ en faveur de la PMI correspond à 0,005 % de l'ONDAM.

La mobilisation d'ONDAM est cohérente dans une logique de gestion du risque. L'Assurance Maladie percevra l'essentiel des dividendes économiques du renforcement de la PMI (moindre recours aux urgences pédiatriques, meilleure prévention de l'obésité infantile etc.)

La mission recommande que les départements organisent leurs services de PMI sous la forme de régies administratives : ces dernières étant habilitées à encaisser les remboursements en provenance des CPAM, les départements auront ainsi une vision plus claire de la charge nette de leurs services de PMI, déduction faite des financements de l'assurance-maladie. Ils pourront aussi comparer les dépenses qu'ils engagent (par ex. en recrutant une sage-femme pour effectuer des visites à domicile) avec les remboursements induits ; idem avec le recrutement d'infirmières puéricultrices pour effectuer des BSEM etc. Cette organisation permettra de rassurer les départements sur le coût net de la PMI, en redonnant à voir le lien entre les moyens de fonctionnement de la PMI et les recettes générées ; l'individualisation du budget de la PMI dans une régie et un budget annexe permettra aussi à l'Etat d'appliquer les règles du pacte de stabilité avec discernement, en s'attachant à l'évolution des dépenses nettes de PMI, et non brutes. Enfin, les services de PMI seront davantage incités qu'aujourd'hui à adresser leurs dossiers de remboursement aux CPAM avec exhaustivité et diligence.

Recommandation n°10 : Organiser les services de PMI en régie administrative pour assurer le fléchage des financements de l'Assurance Maladie et mieux mesurer la charge nette des services de PMI

2.4.2 Modalités de mise en œuvre

La mission propose d'articuler plusieurs leviers coordonnés :

- **la création en LFSS 2020 d'un fonds national PMI**, délégué aux ARS (fonds calqué sur le FIR ou section dédiée du FIR) ;
- engager sans délai le processus permettant **l'inscription à la NGAP du bilan de santé en école maternelle et des actes de prévention des infirmières puéricultrices** ; dès lors que ces actes seront cotés et remboursés par l'Assurance Maladie, les départements seront incités, en tant qu'opérateurs décentralisés, à doter les équipes de PMI des effectifs d'infirmières suffisants pour couvrir les besoins en consultations et bilans de santé ;
- dans l'attente de la cotation effective de ces actes, le fonds national PMI permettra, dans le cadre de **contrats territoriaux de santé mère-enfant conclus entre les ARS, les départements et les CPAM**, de flécher vers les services de PMI les moyens permettant d'atteindre les taux de couverture fixés contractuellement ;
- chaque contrat devra a minima respecter le socle minimum national fixé par le code de la santé publique et pourra aller au-delà, en fonction des besoins et réalités de chaque territoire, dans le cadre d'un cofinancement ARS-Département-CPAM ; les objectifs de ces contrats devront être formulés en termes de taux de couverture ;
- la mission recommande qu'en parallèle, la CNAM engage une réflexion sur l'évolution de sa convention type avec les PMI : le paiement à l'acte est un levier assez pauvre ; d'autres principes directeurs, comme un paiement à la capitation, des forfaits de fonctionnement, des forfaits dépistage-prévention etc., méritent d'être examinés.

Cette refondation permettra de revitaliser l'offre de service de la PMI et de donner corps à l'objectif de prévention précoce dans les 1000 premiers jours de la vie.

Les cofinancements apportés par les ARS et la cotation des actes des infirmières puéricultrices permettront de resolvabiliser une PMI aujourd'hui exsangue.

Le rôle régulateur des ARS permettra de définir des objectifs contractuels cohérents avec la SNS et les PRS, sans méconnaître les spécificités territoriales qui pourront justifier l'introduction d'objectifs ou d'actions spécifiques (notamment à l'échelon infra-départemental). La participation des CPAM à la contractualisation permettra de développer des synergies et des complémentarités entre les actions respectives des CPAM et des PMI dans le champ de la santé maternelle et infantile.

Un volet sur la coordination PRADO/PMI devra être inclus autant que possible dans ces contrats territoriaux.

Enfin, l'outil du contrat induira des rencontres régulières entre les co-signataires des contrats territoriaux de santé mère-enfant et facilitera l'émergence d'une gouvernance et d'une animation locales sur ce champ.

3 DOUZE MESURES POUR SAUVER LA PMI : UN PLAN PMI 2019-2022

3.1 Mesure 1 : Mettre en place un bilan de santé systématique pour tous les enfants de moyenne section de maternelle

Objectif visé : Assurer une mission préventive universelle à destination des enfants de 3-4 ans. L'abaissement à 3 ans de l'âge obligatoire de la scolarisation offre l'opportunité de rendre le bilan de santé en école maternelle véritablement systématique.

Contenu de la mesure proposée :

- Harmonisation du contenu du bilan de santé en école maternelle (référentiel national)
- Bilan impérativement réalisé en milieu scolaire et avec une invitation des parents (lien famille-école)
- Bilan réalisé par des infirmières puéricultrices
- La PMI, à qui il incombe en application du code de la santé publique de réaliser ce bilan, dispose de l'expertise et des équipes ; au vu de la faiblesse actuelle des effectifs de la médecine scolaire, et après en avoir échangé avec la mission parlementaire confiée à Mme Stéphanie Rist sur le parcours de santé des 0-6 ans, nous recommandons de maintenir la compétence de la PMI pour le BSEM ; un transfert à la médecine scolaire risquerait en effet de s'accompagner d'une régression du taux de couverture. (Par ailleurs, les infirmières de l'éducation nationale ne sont en règle générale pas des infirmières puéricultrices). Des coopérations locales entre PMI, médecine scolaire et infirmières libérales peuvent en revanche être organisées pour atteindre l'objectif d'une couverture exhaustive de chaque d'une classe d'âge
- Redéploiement au sein des PMI (allègement des missions liées aux modes de garde) et recrutement d'infirmières puéricultrices pour couvrir 100 % des enfants ; BSEM réalisable par des infirmières puéricultrices en libéral en suppléance de la PMI si nécessaire (en milieu scolaire)
- Faire un rendu à chaque famille et construire une base de données nationale
- S'assurer de la transmission du bilan au médecin traitant de l'enfant et à la médecine scolaire (visite médicale de 6 ans)
- Création d'un acte coté inscrit à la NGAP

Montée en charge proposée :

- Montée en charge progressive d'ici 2022
- Situation actuelle : taux de couverture moyen autour de 70 % mais variabilité de 10 % à 97 % selon les départements
- Année scolaire 2019-2020 : taux de couverture moyen à 70 % et aucun département en-dessous de 50 %
- Année scolaire 2020-2021 : taux de couverture moyen à 80 % et aucun département en-dessous de 60 %
- Année scolaire 2021-2022 : taux de couverture moyen à 95 % et aucun département en-dessous de 70 %
- A partir de 2022-2023 : socle national opposable porté à 80 % ou 90 %

Impact budgétaire estimé : 6,3 M€ en 2020, 8,1 M€ en croisière. Financement par le FNPEIS ou le fonds national PMI jusqu'à l'inscription du BSEM en tant qu'acte coté dans la NGAP.

Recommandation n°11 : Mettre en place un bilan de santé systématique pour 100 % des enfants de moyenne section

3.2 Mesure 2 : Coter les actes de prévention des infirmières puéricultrices

Objectif visé : Garantir la pérennité du financement de la PMI

Contenu de la mesure proposée : Engager sans délai le processus permettant l'inscription à la NGAP du bilan de santé en école maternelle et des actes de prévention des infirmières puéricultrices (article L.162-1-7 CSS)

Modalités :

- Le processus d'inscription d'un nouvel acte est long et peut durer 2 ou 3 ans (saisine de la HAS pour avis ; expertise scientifique et évaluation médico-économique par l'UNCAM ; phase de consultation, d'inscription, d'approbation, de publication...).
- Il existe toutefois une mesure plus rapide d'inscription d'actes à la NGAP par le Ministre de la Santé pour motif de santé publique (délai d'un mois, cf. article L.162-1-7 CSS). Cette procédure a rarement été utilisée (ex : pour le virus Zika avis HAS rendu le 2 mars 2016 et publication arrêté le 30 mars 2016). Le motif de santé publique paraît constitué s'agissant du BSEM.
- Dans l'intervalle, une mesure de financement par fonds peut être mise en place (fonds national PMI ou FNPEIS).

Recommandation n°12 : Inscrire le BSEM à la NGAP d'ici la prochaine rentrée scolaire, en utilisant la procédure rapide prévue par l'art L.1162-1-7 du code de la sécurité sociale.

3.3 Mesure 3 : Créer un fonds national PMI délégué aux ARS

Objectif visé : Rebasage de la PMI et revitalisation des activités de prévention précoce en vue de satisfaire les objectifs de santé publique suivants à l'échéance 2022 :

- 100 % des enfants de maternelle (3-4 ans) bénéficient d'un BSEM gratuit
- La PMI assure 20 % des examens obligatoires des 0-6 ans (hors CS 8^e jour)
- 20 % des 0-3 ans bénéficient de 3 VAD par an

- 20 % des femmes enceintes bénéficient d'un entretien prénatal précoce par un professionnel de PMI
- 20 % des femmes enceintes bénéficient de VAD à domicile par une sage-femme de PMI (universalisme proportionné ; programme national de type Panjo)
- Mise en place d'une prime contre les inégalités territoriales de santé afin de recruter 300 médecins de PMI d'ici 2022

Contenu de la mesure proposée :

- création en LFSS 2020 d'un fonds national PMI délégué aux ARS (fonds calqué sur le FIR) ;
- le fonds national PMI permettra, dans le cadre de contrats territoriaux de santé mère-enfant conclus entre les ARS, les départements et les CPAM, de flécher vers les services de PMI les moyens permettant d'atteindre les taux de couverture fixés contractuellement ;
- chaque contrat devra a minima respecter le socle minimum national fixé par le code de la santé publique et pourra aller au-delà, en fonction des besoins et réalités de chaque territoire ;
- dans l'attente de la cotation effective des actes des infirmières puéricultrices, le fonds national PMI permettra dès l'année scolaire 2019-2020 d'assurer la réalisation des BSEM avec un objectif de taux de couverture de 50 % minimum au niveau de chaque département.

Modalité : Création en LFSS 2020 d'un fonds national PMI délégué aux ARS & révision des normes réglementaires du CSP

Impact estimé (Fonds PMI – crédits ONDAM) : 60 M€ en 2020, 50 M€ en 2021, 40 M€ en 2022

	2020	2021	2022
Fonds national PMI	60 M€	50 M€	40 M€
Remb. actes cotés	10 M€	30 M€	60 M€
TOTAL	70 M€	80 M€	100 M€

3.4 Mesure 4 : Investir dans les visites à domicile

Objectif visé : Cibler les actions hors les murs sur les publics les plus vulnérables

Contenu de la mesure proposée : Développer les visites à domicile en prénatal et postnatal par le personnel de PMI (médecins, sages-femmes, infirmières puéricultrices, EJE...) sur le modèle de l'expérience PANJO, c'est-à-dire de manière intensive. Ces actions seront destinées en priorité aux familles les plus fragiles.

Modalités : Libérer du temps de personnel de PMI en optimisant les organisations et grâce au temps libéré par les autres mesures du plan.

Recommandation n°13 : Déployer des visites à domicile intensives couvrant 20 % des grossesses et 20 % des 0-3 ans

3.5 Mesure 5 : Mettre en place des forfaits prévention

Objectif visé : Favoriser la mise en place d'actions spécifiques de la PMI, individuelles et collectives

Contenu de la mesure proposée : le financement ONDAM doit se diversifier et ne pas se limiter au remboursement d'actes individuels ; il s'agit de développer des mécanismes financiers permettant de soutenir des actions collectives de prévention des troubles de l'attachement, des actions autour de la nutrition/obésité, des actions de prévention et de remédiation des troubles du neuro-développement et troubles du spectre autistique, de prévention du saturnisme, des actions collectives en milieu scolaire...

Modalités : Aller vers des financements hybrides (par acte et par action) pour développer les actions de prévention

Les PMI devraient pouvoir jouer un rôle plus important dans les troubles du spectre autistique, si elles ont le personnel formé. L'article 62 de la LFSS 2019 reconnaît le rôle des PMI dans le repérage, mais un rôle de prise en charge devrait au cas par cas pouvoir être reconnu si la prise en charge en CAMSP est trop longue.

3.6 Mesure 6 : Renforcer l'attractivité des métiers de la PMI

Objectif visé : Amortir l'effet du départ en retraite des médecins de PMI en recrutant 300 ETP médecins d'ici 2022

Contenu de la mesure proposée :

- Création d'une prime de lutte contre les inégalités territoriales de santé pour les médecins de PMI
- Adaptation du statut de médecin territorial
- Augmentation du tarif des vacations médicales à 50 € bruts/heure
- Rapprochement de l'université
- Favoriser au maximum les missions médicales de soin et de prévention

Modalités : Prime contre les inégalités territoriales de santé de 300 €/mois & revalorisation des vacations médicales. Portage budgétaire : budget de l'Etat ; délégation aux ARS ; attribution dans le cadre de la contractualisation avec les PMI.

Impact budgétaire estimé à 1 M€ pour l'aspect salarial.

Recommandation n°14 : Créer une prime de lutte contre les inégalités territoriales de santé

3.7 Mesure 7 : Expérimenter le transfert aux CAF des missions « modes de garde » sans transfert d'effectifs

Objectif visé : Favoriser le redéploiement d'effectifs d'infirmières puéricultrices vers des activités de VAD et de consultation infantile

Contenu des mesures proposées :

- publier dans les meilleurs délais un référentiel bâtementaire national opposable ;

- passer par une phase d'expérimentation et d'évaluation dans plusieurs territoires sur la base du double volontariat du département et de la CAF (ou MSA) ;
- organiser des expérimentations modulaires, en testant plusieurs configurations afin de quantifier précisément la charge en ETP correspondant à chaque tâche (à l'échelle d'une circonscription d'action sociale, de tout le département ; seulement pour les EAJE ; EAJE & assistantes maternelles etc.) ;
- poser clairement le principe de l'absence de réduction des effectifs des PMI ;
- accepter à l'avance que l'organisation finale soit variable selon les territoires (certains départements ne souhaitent pas se départir des compétences autour des modes de garde) ;
- maintenir impérativement la procédure d'agrément et de suivi des assistants familiaux de l'ASE au sein des départements ;
- appui sur la loi ESSOC (un Etat au service d'une société de confiance).

Recommandation n°15 : Expérimenter dans des sites pilotes le transfert des compétences « modes de garde » aux CAF, sans transferts d'effectifs

3.8 Mesure 8 : Mettre en œuvre un dialogue politique régulier entre les départements, l'État et l'assurance maladie

Objectif visé : Construire une vision partagée et établir un dialogue régulier sur la PMI entre l'État, les départements et l'Assurance Maladie

Contenu de la mesure proposée :

- réunir au moins une fois par an le ministre en charge de la santé, le président de l'ADF et le directeur de la CNAM ;
- constitution symétrique au niveau local de comités départementaux de suivi des conventions ARS-PMI-CPAM.

Modalités : Décision politique.

Impact budgétaire estimé : Néant.

Recommandation n°16 : Réunir au moins une fois par an le ministre de la santé, le président de l'ADF et le directeur de la CNAM autour de la PMI

3.9 Mesure 9 : Accompagner et soutenir les professionnels de terrain

Objectifs visés :

Reconstituer une fonction d'animation de la politique publique de PMI, faciliter les échanges entre professionnels et la mutualisation des outils, soutenir la recherche action, faire connaître les réalisations significatives et les bonnes pratiques.

Contenu de la mesure proposée :

- constitution d'une tête de réseau technique nationale associant la DGS, la DGCS, Santé Publique France, l'ANDASS⁷⁷ et la CNAM pour porter l'animation de la politique publique de PMI et consolider la dynamique créée par le CANA-PMI ;
- création sous l'égide de la DGS d'une équipe dédiée à la PMI :
 - organisation de journées nationales thématiques ;
 - animation d'un espace collaboratif (de type Ideal Connaissance) en lien avec le CNFPT, l'ANDASS et la plate-forme « Assurer l'avenir de la PMI », pour faciliter l'échange d'informations, la mutualisation des bonnes pratiques et l'élaboration d'outils structurants ;
 - soutien financier à des recherches-actions et études qualitatives sur la PMI, en lien avec Santé Publique France ;
 - propositions en lien avec la direction générale de la fonction publique et le CNFPT pour redynamiser la filière des médecins territoriaux ;
 - réflexion sur la modernisation des circuits de financement et des échanges d'information entre les CPAM et les PMI.
- maintien des réunions du CANA PMI comme espace d'échange interprofessionnel ;
- animation interdépartementale des PMI par les ARS.

Modalités : Redéploiement budgétaire

Impact budgétaire estimé : 2-3 ETP au national par redéploiement + espace collaboratif + crédits de recherche action

Recommandation n°17 : Constituer une tête de réseau technique nationale sur la PMI

3.10 Mesure 10 : Transformer les CPEF en centres de santé sexuelle

Objectif visé : Renforcer les CPEF dans leurs missions et leur articulation avec les CeGIDD

Contenu de la mesure proposée :

- Augmentation du nombre des sages-femmes dans les CPEF
- Faciliter les positionnements des sages-femmes comme responsables des CPEF
- Généralisation de l'IVG médicamenteuse
- Sécurisation des postes de CCF
- Changer la dénomination des CPEF, qui fait peu écho pour les jeunes, en adoptant l'appellation de centres de santé sexuelle

Recommandation n°18 : Transformer les CPEF en centres de santé sexuelle

⁷⁷ Association nationale des directeurs de l'action sociale et sanitaire des départements

3.11 Mesure 11 : Renforcer la transparence et l'évaluation

Objectifs visés :

Renforcer la connaissance des actions de terrain et l'évaluation de l'impact sanitaire et social de la PMI. Faciliter les comparaisons entre départements. Favoriser l'implication budgétaire des pouvoirs publics par des évaluations *evidence-based*.

Mesures proposées :

- adoption de principes communs d'imputation pour harmoniser et fiabiliser les données remontées à la DGCL (harmonisation des sous-fonctions 40, 41 et 42 des comptes de gestion),
- publication annuelle par chaque PMI d'un rapport annuel d'activité avec quelques indicateurs clefs communs, notamment le respect des objectifs socles (« baromètre local de la PMI »),
- publication annuelle par la DGCL des ratios de dépense de PMI par habitant de 0-6 ans,
- publication statistique annuelle par la DREES des résultats de l'enquête auprès des départements, notamment sur le respect des objectifs de couverture des besoins fixés par le CSP (« baromètre national de la PMI »),
- développement de la recherche actions et d'études d'impact *evidence-based*.

Recommandation n°19 : Créer un baromètre annuel de la PMI (local/national)

3.12 Mesure 12 : Appliquer la règle du pacte de stabilité sur la dépense nette de PMI et non sur la dépense brute

Contexte : le budget de la PMI est aujourd'hui bridé par la contrainte du plafonnement de l'évolution des dépenses de fonctionnement des départements à +1,2 %/an alors même que l'offre de prévention se situe très en-deçà des besoins sanitaires à couvrir. Il est nécessaire de faciliter le rattrapage et la remise à niveau de l'offre de prévention précoce sans que cela se traduise par des pénalités financières pour les départements, d'autant plus que la PMI représente un investissement social avec un ratio coût-bénéfice favorable pour la collectivité.

Contenu de la mesure proposée : **un geste politique et symbolique fort est nécessaire** : sortir les dépenses de PMI d'une application mécanique de la règle du 1,2 % (l'État a déjà acté ce type d'exceptions pour la stratégie pauvreté et pour les dépenses d'ASE liées aux mineurs non accompagnés). A défaut la dynamique de revitalisation de la PMI ne pourra pas s'engager.

Modalités : Plusieurs modalités sont envisageables (de manière alternative ou combinée).

Première option (privilegiée par la mission) : Pour l'application de la règle des 1,2 % aux dépenses de PMI, prendre en compte les dépenses nettes et non pas brutes (déduction faite des recettes provenant de l'assurance maladie via les remboursements d'actes et les financements ARS).

Deuxième option : Appliquer la règle du 1,2 % aux seules dépenses de PMI ne rentrant pas dans le champ des conventions avec les ARS et les CPAM

Autre possibilité : appliquer des taux directeurs différenciés :

- en dessous des socles minimaux : dépenses de PMI totalement sorties de l'assiette des 1.2 % ;
- pour les départements au-dessus des socles minimaux : appliquer le taux directeur de l'ONDAM ou prendre en compte les dépenses nettes ;

Recommandation n°20 : Prendre en compte les dépenses nettes et non pas brutes de PMI pour l'application de la règle de plafonnement de l'évolution des dépenses de fonctionnement des départements

3.13 Impact global du plan PMI

L'incidence de ce plan PMI est estimé à 100 M€/an en rythme de croisière, les répercussions portant essentiellement sur l'ONDAM.

Les chiffres ci-dessous sont estimatifs. Le financement via l'ONDAM ne correspond pas nécessairement à un surcoût net du fait d'effets de substitution entre la PMI et les professionnels de santé libéraux (par exemple : VAD infantile par la PMI (+) se traduisant par une non consultation d'un pédiatre (-)).

Par ailleurs, la généralisation des BSEM entraîne un triple effet difficile à modéliser :

- effet prix : réduction du montant unitaire du bilan (acte infirmier avec une cotation à établir - vs BSEM actuellement coté à hauteur de 30 € s'il est effectué par un médecin de PMI) ;
- effet volume pour la CNAM : augmentation du nombre d'actes remboursés ;
- effet dépistage : orientation accrue des enfants dépistés vers une prise en charge (ophtalmologie, orthophonie, soins dentaires...).

Enfin, il n'est pas tenu compte dans le tableau ci-dessous des effets potentiels en termes de moindre recours aux urgences pédiatriques/maternité, meilleure prévention (diabète, dépression *post partum*) etc.

L'impact global ne pourra être appréhendé que dans une perspective pluriannuelle, en l'accompagnant d'études médico-économiques pour évaluer les effets de ce réinvestissement dans la protection maternelle et infantile.

Incidence sur l'ONDAM :

IMPACT sur l'ONDAM	T0 (amorçage)	2021	2022
1. Objectifs socles			
BSEM	5 500 000	6 300 000	8 140 000
<i>Objectif cible : BSEM pour 100 % des enfants de MS - financement sur fonds ARS-PMI puis basculement en gestion du risque (inscription NGAP)</i>			
CS infantiles	37 250 000	31 500 000	42 000 000
<i>Objectif cible : couvrir les besoins en examens obligatoires pour 20 % des enfants entre 0-6 ans (consultations 50 % med. 50 % IDE puér.) - financement des consultations des IDE puér. sur fonds ARS-PMI dans l'attente d'une inscription NGAP</i>			
VAD infantiles IDE	8 120 000	14 000 000	16 800 000
<i>Objectif cible : VAD pour 20 % des 0-3 ans (3 VAD/an) sur critères médicaux et sociaux -financement des VAD préventives des IDE puér. sur fonds ARS-PMI dans l'attente d'une inscription NGAP</i>			

VAD maternelles SF	3 384 000	4 050 000	8 100 000
<i>Objectif cible : VAD pour 20 % des femmes enceintes (3 VAD) sur critères médicaux et sociaux - acte déjà coté : l'impact de la montée en charge se fera sur la gestion du risque - financement sur fonds ARS-PMI pour la formation-supervision (déploiement de VAD intensives de type PANJO)</i>			
Entretien prénatal précoce	2 100 000	3 780 000	4 410 000
<i>Objectif cible : +20 000 EPP par an jusqu'à couvrir 20 % des besoins en EPP (soit 105 000 EPP) - acte déjà coté : l'impact de la montée en charge se fera sur la gestion du risque</i>			
TISF en périnatalité	700 000	2 800 000	5 600 000
<i>Objectif cible : accompagner 10 % des dépressions post partum (enveloppe de 20 heures de TISF pour 8000 femmes) - cofinancement ARS sur fonds national PMI en partenariat avec CAF /CPAM / départements</i>			
2. Enveloppe contractuelle pour les ARS <i>(objectifs de santé publique au-dessus des objectifs socles & appui aux départements avec IDH défavorable)</i>			
	20 000 000	20 000 000	20 000 000
TOTAL ONDAM :	77 000 000	82 000 000	105 000 000
<i>Dont actes cotés (estimation) :</i>	30 M€	35 M€	80 M€
<i>Dont Fonds PMI (estimation) :</i>			
<i>Pour l'atteinte du socle minimal</i>	27 M€	27 M€	5 M€
<i>Objectifs contractuels au-delà du socle</i>	20 M€	20 M€	20 M€

Impact budgétaire (Etat et Départements) :

INCIDENCE BUDGETAIRE	T0 (amorçage)	2021	2022
Tête de réseau technique nationale (3 ETP + espace collaboratif)	350 000	350 000	350 000
Budget études-recherches sur la PMI	300 000	300 000	250 000
Baromètre national de la PMI (1/2 ETP)	50 000	50 000	50 000
Prime contre les inégalités territoriales de santé	360 000	720 000	1 080 000
Outil national pour l'exploitation épidémiologique des BSEM (enveloppe de précaution : 300 K€ en investissement puis 30 K€/an)	300 000	30 000	30 000
Amélioration des interfaces informatiques entre PMI, CPAM et ARS	NC	NC	NC
TOTAL IMPACT BUDG.	1 360 000	1 450 000	1 960 000

CONCLUSION

Le constat qui ressort des six mois de travail de la mission est celui d'une crise majeure de la protection maternelle et infantile dans notre pays. Non par manque d'efficacité ou d'utilité : les besoins sont là et l'efficacité de la PMI est avérée. Non parce que la PMI serait victime de désaffection de la part des populations : les consultations sont saturées et les professionnels, malgré leur engagement, sont parfois au bord de l'épuisement. Non parce qu'il faudrait recentraliser la PMI : la mission s'est forgée la conviction que l'organisation territorialisée actuelle était pertinente et qu'une recentralisation de la PMI constituerait une mauvaise réponse aux difficultés actuelles.

Les facteurs de crise résultent d'une combinatoire défavorable : délaissée par l'Etat et par l'Assurance Maladie, qui ne l'ont pas investie d'objectifs explicites en termes de taux de couverture depuis la décentralisation, dépourvue d'une tête de réseau nationale pour se faire entendre, financée par les départements au fil de l'eau de manière hétérogène, et parfois insuffisante, confrontée à un déficit croissant de médecins, la PMI a vu ses obligations non sanitaires s'accumuler, ce qui a conduit à une réduction drastique des activités de prévention en direction des publics fragiles.

Aujourd'hui, la France désinvestit dans la PMI, alors que les inégalités sociales de santé progressent. Tel est le paradoxe auquel le plan PMI proposé propose de mettre fin.

Dans l'univers décentralisé qui est celui de la protection maternelle et infantile en France, la mission recommande, de privilégier une approche contractuelle entre l'Etat, l'Assurance maladie et les départements.

L'ensemble des mesures du plan PMI proposé correspondent – en rythme de croisière - à 100 M€ par an. Ramenée à l'ensemble de la population des 0-6 ans, il s'agit d'une dépense de 0,045 € par enfant. Il serait d'ailleurs plus rigoureux intellectuellement de parler d'un investissement collectif.

Les réformes proposées sont à notre portée. Et le sujet - la santé des mères et des enfants en situation vulnérable – est un enjeu de cohésion sociale qui en vaut la peine.

RECAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS

N°	Recommandation
1	Assurer la publication d'études annuelles de la DREES et développer la recherche dans le champ de la PMI (DGS, Santé Publique France...)
2	Créer un cadre d'emploi pour les conseillers conjugaux et familiaux, afin qu'ils puissent être reconnus comme tels dans les CPEF.
3	Développer le recours à des TISF en périnatalité et prévention de la dépression post-partum, dans un cadre concerté entre PMI, maternité et CAF
4	Se doter d'un référentiel national permettant une harmonisation des bilans de santé en école maternelle (contenu et outils de dépistage)
5	Faire en sorte que les PMI puissent contacter les femmes par téléphone (faire figurer le numéro de téléphone sur le cerfa de déclaration de grossesse).
6	Renforcer l'articulation PRADO/PMI
7	Publier un référentiel unique opposable rassemblant l'ensemble des prescriptions techniques réglementaires à observer (bâtiments d'EAJE)
8	Transformer les normes réglementaires du code de la santé publique en objectifs socles opposables, avec une période de transition
9	Créer en LFSS 2020 un fonds national PMI délégué aux ARS (calqué sur le FIR)
10	Organiser les services de PMI en régie administrative pour assurer le fléchage des financements de l'Assurance Maladie et mieux mesurer la charge nette des services de PMI
11	Mettre en place un bilan de santé systématique pour 100 % des enfants de moyenne section
12	Inscrire le BSEM à la NGAP d'ici la prochaine rentrée scolaire, en utilisant la procédure rapide prévue par l'art L.1162-1-7 du code de la sécurité sociale.
13	Déployer des visites à domicile intensives couvrant 20 % des grossesses et 20 % des 0-3 ans
14	Créer une prime de lutte contre les inégalités territoriales de santé pour les jeunes médecins
15	Expérimenter dans des sites pilotes le transfert des compétences « modes de garde » aux CAF, sans transferts d'effectifs
16	Réunir au moins une fois par an le ministre de la santé, le président de l'ADF et le directeur de la CNAM autour de la PMI
17	Constituer une tête de réseau technique nationale sur la PMI
18	Transformer les CPEF en centres de santé sexuelle
19	Créer un baromètre annuel de la PMI (local/national)
20	Prendre en compte les dépenses nettes et non pas brutes de PMI pour l'application de la règle de plafonnement de l'évolution des dépenses de fonctionnement des départements

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 LETTRE DE MISSION.....	115
ANNEXE 2 LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	117
ANNEXE 3 LISTE DES SIGLES.....	125
ANNEXE 4 DEPENSES DE PMI RAPPORTEES A LA POPULATION DES 0-6 ANS.....	127
ANNEXE 5 EVOLUTION DES DEPENSES DE PMI 2013-2017 (DGCL – COMPTES DE GESTION).....	133
ANNEXE 6 ESTIMATION PAR LA MISSION DE LA DEPENSE NATIONALE DE PMI 2015	139
ANNEXE 7 QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX DEPARTEMENTS (2 DOCUMENTS).....	141
ANNEXE 8 ATTRIBUTIONS JURIDIQUES DE LA PMI.....	157
ANNEXE 9 FINANCEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE AUX PMI (2017).....	159
ANNEXE 10 CONVENTION TYPE CPAM.....	163
ANNEXE 11 TABLEAU CONSOLIDE DES ACTIONS A CONDUIRE EN PRIORITE (PROPOSITIONS DES PMI).....	179
ANNEXE 12 HYPOTHESES DU CHIFFRAGE.....	181

ANNEXE 1

LETTRE DE MISSION

Le Premier Ministre

1 2 0 0 / 1 8 SG

Paris, le 2 6 JUIL. 2018

Madame la députée,

Institution originale, pionnière d'une approche globale de la santé axée sur la prévention, la protection maternelle et infantile (PMI) joue un rôle majeur auprès de toutes les familles, en particulier les plus vulnérables.

Les interventions précoces, débutées pendant la grossesse et poursuivies avec les enfants jusqu'à l'âge de la scolarité, permettent d'agir dès le plus jeune âge en favorisant le développement global et contribuent à mettre un frein à la constitution précoce et à la reproduction entre générations des inégalités sociales de santé.

Dans le contexte du plan national de santé publique, il importe de préciser les orientations qui permettront à la PMI de continuer à répondre aux besoins de la population en termes de prévention et de promotion de la santé, selon les objectifs prioritaires suivants :

- maintenir et développer une offre de santé de proximité, accessible à tous, axée sur la prévention et sur une approche globale de la santé incluant en particulier le soutien à la parentalité ;
- réduire les inégalités de santé en apportant une attention particulière aux publics en difficulté tout en maintenant l'approche universelle de la PMI ;
- accroître les démarches « d'aller vers » les familles ainsi que la pratique de visites d'accompagnement en santé ou social des familles à leur domicile.

C'est pourquoi je souhaite vous confier une mission sur la politique de PMI. En application de l'article L.O. 144 du code électoral, un décret vous nommera parlementaire en mission auprès de Madame Agnès BUZYN, ministre des solidarités et de la santé.

J'attends de vos travaux qu'ils dressent un diagnostic quant à la mise en œuvre des missions portées par les services de PMI, en lien avec toutes les parties prenantes concernées. Sur la base de ce diagnostic, vous établirez un certain nombre de propositions visant à définir les modalités d'un renforcement des PMI dans leur rôle de prévention et d'accompagnement, conformément au Plan national de santé publique.

.../...

Madame Michèle PEYRON
Députée
Assemblée Nationale
126, rue de l'Université
75291 PARIS CEDEX 06

2.-

En particulier, vous vous attacherez à formuler des préconisations permettant d'avancer sur la voie d'une clarification et d'une meilleure articulation des rôles respectifs de la PMI et de la caisse d'allocation familiale (CAF) en matière d'accueil du jeune enfant.

Plus généralement, il est attendu de la mission qu'elle se prononce sur les modalités d'une gouvernance renouvelée des missions de la PMI permettant de renforcer son rôle et ses missions.

Vous veillerez à associer à vos réflexions l'Assemblée des départements de France, ainsi qu'un panel de conseils départementaux.

Vous pourrez vous appuyer sur l'ensemble des directions d'administrations centrales et opérateurs du ministère des solidarités et de la santé pour réaliser votre mission.

La remise complète des travaux de la mission est attendue à la fin du mois de novembre 2018 avec une première présentation des conclusions début novembre.

Je vous prie d'agréer, Madame la députée, l'expression de mes respectueux hommages.


Edouard PHILIPPE


ANNEXE 2

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Auditions et entretiens

Assemblée des Départements de France : Frédéric Bierry (Président du conseil départemental du Bas-Rhin et président de la commission des affaires sociales de l'ADF), Jean-Michel Rapinat et Anne-Gaëlle Werner-Bernard

Association des Maires de France : Elisabeth Laithier (adjointe au maire de Nancy) et Sarah Reilly

Département de la Mayenne : Elisabeth Doineau (Sénatrice de la Mayenne, vice-présidente du conseil départemental), David Bouet et Isabelle Leboulanger

Département de Loire Atlantique : Fabienne Padovani (Vice-Présidente) et Maxime Boidin

Sophie Cluzel, Secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées

Geneviève Avenard (Défenseure des enfants) et Marie Lieberherr

Claire Compagnon, délégué interministériel à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement

Olivier Noblecourt (Délégué interministériel à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes), Vincent Reymond, secrétaire général de la délégation interministérielle

Direction Générale de la Santé : Dr Zinna Bessa, Dr Odile Kremp, Caroline Bussière

Direction de la Sécurité Sociale : Mathilde Lignot-Leloup, Denis Le Bayon, Thomas Jan, Thomas Wanecq, Hugo Gilardi

Secrétariat Général des Ministères sociaux : Sabine Fourcade, Mathurin Laurin et Eric Ginesy

Direction Générale des Collectivités Locales : Bruno Delsol (Directeur Général), Gabor Arany (tel), Xavier Niel (tel)

Direction Générale de la Cohésion Sociale : Jean-Philippe Vinquant, David Blin, Emilie Barreau

Caisse Nationale des Allocations Familiales : Isabelle Sancerni (Présidente), Vincent Mazauric (Directeur Général), Pauline Domingo, Patricia Chantin

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie : Nicolas Revel (Directeur Général), Dr François-Xavier Brouck, Saïd Oumeddour, Dr Helene Vincent, Eric Haushalter

Santé Publique France : Mili Spahic, Sylvie Quelet, Thierry Cardoso, Nicole Pelletier et François Bourdillon (directeur général), Christine César, Sandie Sempe

ARS des Pays de Loire : Jean-Jacques Coiplet, directeur général, Nicolas Durand, directeur de la santé publique

Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements et des métropoles : Jean-Paul RAYMOND, Muriel PRUDHOMME, Roselyne MASSON

Association Nationale des Sages-Femmes Libérales : Marie Hélène Nicquevert et Isabelle Fournier

Anapsy.p.e : Servane Legrand, Stéphanie Le Gall-L'hostis et Sylvie Torregrosa

Association nationale des puéricultrices diplômées d'Etat : Charles Eury, Jean-Christophe Boyer et Lydie Gouttefarde

ATD Quart Monde : Lise More-Chevalier et Christine Attali-Marot

Agence des Nouvelles Interventions Sociales et de Santé : Thomas Saïas et Julie Bodard

CSA FAM : Maria Rochat, Brigitte Petetin, Marie-Christine Martin, Ingrid Legrand et Nathalie Dioré

Fédération Française des Entreprises de Crèches : Sylvain Forestier, Jérôme Obry, Louis Verdier, Thérèse Majnoni d'Intignano et Elsa Hervy

Fondation Vallée : Dr Lola Forgeot, Dr Denis Rousselin et Dr Florence Cazard

Fédération des acteurs de solidarité : Marion Lignac, Arnaud Gallais et Vincent Chaumailard

FEPEM : Adrien Dufour et Sophie Bressé

FFRSP : Dr Blandine Mulin

HCFEA : Sylviane Giampino et Marie-Odile Rigaud

IGAS : Dr Pierre Aballea, Loïc Fraszczak, Pierre-Yves Bocquet, Julien Emmanuelli

INED-INSERM : Dr Corinne Bois et Dr Marie-Aline Charles

Mission éveil artistique : Sophie Marinopoulos et Aurélie Lesous

Mission parlementaire sur le parcours de santé des 0-6 ans : Stéphanie Rist, Dr Marie-Sophie Barthet-Derrien, Juliette Roger

Ordre des sages-femmes : Anne-Marie Curat, Sylvaine Coponat et Jean-Marc Delahaye

Plateforme « Assurer l'avenir de la PMI » : Dr Pierre Suesser, Catherine Cheriet, Isabelle Davost, Chantal de Vitry, Monique Le Hen, Valérie Ledour, Servane Legrand, Dr Muriel Prudhomme

Société française de pédiatrie : Pr Christophe Delacourt et Pr Brigitte Chabrol

Syndicat National des Médecins de PMI : Dr Pierre Suesser (président), Dr Muriel Prudhomme

Union Nationale des Associations Familiales : Marie-Pierre Gariel, (administratrice de l'UNAF Présidente du département Santé), Nicolas Brun, Servane Martin et Claire Ménard

UNSA ASSMAT : Liliane Delton

UFNAFAAM : Sandra Onyszko

Entretiens téléphoniques

ARS ARA, Dr Jean-Yves Grall (directeur général)

ARS Grand Est, Christophe Lannelongue (directeur général)

ARS IdF, Dr Luc Ginot (directeur de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités)

Ars Nouvelle-Aquitaine, Michel Laforcade, directeur général

ARS Centre Val de Loire, Dr Françoise Dumay, directrice de la prévention et de la promotion de la santé

ARS des Hauts-de-France, Sylviane Strynckx, directrice de la prévention et de la promotion de la santé

Direction générale de l'organisation des soins, Sylvie Escalon

Jean-Laurent Clochard, Responsable du pôle famille la Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire (FNAAFP)

Dr Alan Charissou (Médecin expert chargé de projet en santé de la femme et de l'enfant, Département de la Moselle)

Observatoire national de la protection de l'enfance : Agnès Gindt-Ducros (directrice)

Déplacement Seine-et-Marne - Roissy-en-Brie (26/09/2018)

Martine FOLIN

Marie-Pierre DE PROST

Maud ARMAND CISSE

Sandrine PREVOT

Catherine KARAGLIA (direction MDS)

Déplacement Meurthe-et-Moselle - Nancy (27/09/18)

Matthieu Klein, Président du Conseil Départemental

Carole Grandjean, Députée de la 1^{ère} circonscription de Meurthe-et-Moselle

Agnès Marchand, vice-présidente déléguée à l'enfance, à la famille, à la santé et au développement social

Dr Marie-Christine Colombo, Médecin chef de service PMI 54

Dr Brigitte Derion, Médecin de PMI

Marjorie Chalubert, Présidente Association les Confettis

Dr Agathe De Sa, Médecin de PMI

Régine Bagard, sage-femme PMI de liaison

Emmanuelle Bordier, sage-femme PMI de secteur

Béatrice Sausse, Puéricultrice PMI de secteur

Linda Meyer, Puéricultrice PMI de secteur et référente territoriale de Nancy Couronne

Dr Cécile Garrigues, Médecin PMI Territoire Grand Nancy

Déplacement Ille-et-Vilaine - Rennes (01/10/18)

Jean-Luc Chenut, Président du Conseil Départemental

Muriel Condolf-Ferec, Conseillère départementale déléguée à la petite enfance et la PMI

Valérie Lecomte-Tribehou, Directrice Générale de pôle Egalité, Education et Citoyenneté

Dr Anne Lefevre, Médecin départemental PMI

Mary Hercelin, responsable CDAS Rennes Centre

Dr Emmanuelle Denoux, Médecin de PMI

Caroline Guyader, sage-femme PMI
Emilie Dieu, Auxiliaire de puéricultrice PMI
Emmanuelle Cherel, infirmière puéricultrice PMI
Marie-Laure Gicquel, Infirmière puéricultrice PMI
Françoise Le Devehat, Assistante Sociale SAFED
Marie-Christine Rault-Leblanc, psychologue SAFED
Corinne Le Bras, sage-femme SAFED PMI
Kristie Jean-Toussaint, chargée de mission Accueil petite enfance

Déplacement Côte d'Armor – Guingamp (02/10/18)

Valérie Rumiano, vice-présidente chargée de l'enfance et des familles
Anne Letoret, Médecin départemental PMI
Emmanuelle Navion, Puéricultrice PMI
Corinne Le Floch, sage-femme PMI
Valérie Bignon, sage-femme PMI
Karine Nicolas, puéricultrice PMI
Martine Douilly, cadre de santé PMI
Sophie Carsin, sage-femme PMI CPEF
Marie Idres, sage-femme PMI
Gina Despres, sage-femme PMI
Dr Isabelle Lepou-Moinon, Médecin chef de service PMI
Joëlle Knobloch, puéricultrice PMI
Stéphany Goussot, puéricultrice PMI
Laure-Anne Estebanez, Puéricultrice PMI
Marjolène Le Friec, puéricultrice PMI

Déplacement Seine-Saint-Denis – Aubervilliers (05/10/18)

Dr Roselyne Masson, Médecin Responsable PMI 93
Cécile Pavot-Lemoine, Psychomotricienne
Dr Bernadette Buisson, pédiatre PMI
Liliane Fletcher, responsable centre de PMI
Evelyne Do An-Van, puéricultrice directrice ce centre PMI
Alexandrine Saligari, sage-femme PMI
François Gourlay, conseillère conjugale et familiale

Déplacement en Haute-Garonne (08/10/18)

Arnaud Simion, Vice-Président chargé de l'Action Sociale

Véronique Desfours, Directrice Enfance-Famille

Camille Vigne, Directrice adjointe à l'action sociale territoriale

Martine Costes, Adjointe au Directeur Général délégué aux solidarités en charge des territoires et de l'action sociale de proximité

Claire Bouilhac, Médecin Département PMI

- Colomiers

Monique Iborra, Députée de la 6^{ème} circonscription de Haute-Garonne

Marilou Mathiot, Responsable MDS Colomiers

Mireille Pin Lapene, sage-femme PMI

Marine Vanrenterghem Martine, puéricultrice PMI

- Balma

Corinne Vignon, Députée de la 3^{ème} circonscription de Haute-Garonne

Sandrine Rodriguez, Responsable adjointe MDS Balma

Marine Gourdin-Coquerel, sage-femme PMI

Dr Sophie Cousty-Pradeau, médecin PMI

Ghislaine Cardona, puéricultrice PMI

Nathalie Galtié, Directrice adjointe d'un groupement de MDS

Déplacement Alpes de Haute Provence (12/10/18)

Emmanuelle Fontaine-Domeizel, Députée de la 2^{ème} circonscription des Alpes de Haute Provence

Geneviève Primiterra, Vice-présidente déléguée à l'enfance, la famille, les actions de santé publique, les ressources humaines ainsi que l'administration générale et le patrimoine

Jean-Luc Billand, Directeur général adjoint pôle solidarité

Dr Béatrix François, Médecin chef de service PMI

Claire Comet, Directrice déléguée pôle solidarité

- Sisteron

Dr Marie-Christine André, médecin PMI

Philippe Willoquaux, chef de service territorial

Claire Villegas, infirmière PMI

Valérie Thomain, infirmière PMI

Pascale Maisani, infirmière PMI

Dr Anne Hunbert, médecin PMI

- Digne-les-bains

Anne-Marie Caparros, infirmière PMI

Marilyse Van Canneyt, psychologue STAS

Christine Cazalé, secrétaire PMI

Coralie Heyries, infirmière PMI

Marie Morandini, sage-femme PMI

Alix Meunier, infirmière PMI

Anne-Sophie Etienne, chef de service territorial d'action sociale

Déplacement Var – La Seyne-sur-Mer (15/10/18)

Emilie Guérel, Députée de la 7ème circonscription du Var

Myriam Chiotti-Godard, Directeur adjoint de l'enfance et de la famille, en charge du pôle de la protection maternelle et infantile et de la promotion de la santé

Sonia Adnin, Médecin de PMI, responsable de l'unité sur l'UPS de La Seyne Saint-Mandrier

Déplacement La Réunion – Le Port (19/10/18)

Augustine Romano, Vice-Présidente en charge de la petite enfance

Laurent Morin, Directeur enfance famille

Dr Inès Lobo de Sousa, Médecin coordinateur PMI

Anise Espérance, Secrétaire PMI

Marie-Emilie Ouzan, auxiliaire puéricultrice

Estellie Virama, auxiliaire puéricultrice

Déplacement Métropole du Grand Lyon (08/11/12)

Anne Brugnera, Députée du Rhône

Murielle Laurent, Vice-Présidente chargée de l'action sociale et éducative

Dr Véronique Ronzière, Médecin Départemental de PMI

Dr Marie-Sophie Barthet-Derrien, Médecin PMI

Elodie Donat, Infirmière puéricultrice

Alix Paillot de Montabert, Infirmière puéricultrice

Dr Sophie Bomel, Médecin PMI

Nathalie Revillot Broux, Infirmière puéricultrice

Juliette Babou, Educatrice de jeunes enfants

Dr Jacqueline Guillet, Médecin CPEF

Isabelle Colin, Assistante administrative
Jean-Luc Bonnardel, Cadre de santé
Dr Dominique Labatut, Médecin chef de service
Pascale Farabet, Chef de service, adjoint au directeur

Déplacement Essonne (22/11/18)

Dany Boyer, Conseillère départementale chargée de la PMI
Dr Claudette Buisson, Médecin Départemental de PMI
Lydie Gouttefarde, Cadre de santé chef de service
Dr Marie Moron, Médecin PMI
Laure Leche Vanton, Directrice des projets transversaux DPMIS
Nicolas Langlois, Chargé de mission
Horia Belkhelfa, Collaboratrice chargée des affaires sociales auprès du Président

Déplacement Yvelines – Guyancourt (27/11/18)

Olivier Lebrun, Vice-Président chargé de la famille et Maire de Viroflay
Cécile de Lanlay, Directrice de Cabinet de la mairie de Viroflay
Dr Hutin-Larsnel, Médecin PM et PF
Sandra Aygalin, Infirmière puéricultrice, référente centre de Guyancourt
Dr Marilyne Brément-Marchesseau, Médecin PMI, directrice du pôle santé

Déplacement Paris (05/12/18)

Dr Elisabeth Hausherr, Médecin départemental PMI
Philippe Hansebout, Directeur de la Direction des familles et de la petite enfance

Déplacement Pas de Calais – Arras (10/12/18)

Brigitte Bourguignon, Députée du Pas-de-Calais, Présidente de la Commission des Affaires Sociales
Nicole Gruson, Vice-Présidente chargée de l'enfance et de la famille
Jiovanny Dumoulin, Collaborateur de cabinet
Fabrice Debarre, Directeur de la MDS de l'Arrageois
Dr Karine Ligier, Médecin Chef départemental de PMI
Fabienne Dhormes, Chef Mission prévention petite enfance
Dr Marie-Hélène Leroy, Médecin chef de service territorial
Marie-Cécile Bazombanza, Cadre de santé, chef de service

Christel Delecaut, Cadre de santé, chef de service

Dr Charlotte Bernard, Médecin Adjoint territoire arrageois

Dr Elisabeth Renou, Médecin PMI, chef de service de l'Arrageois

ANNEXE 3

LISTE DES SIGLES

ADF	Assemblée des Départements de France
AIS	Allocations Individuelles de Solidarité
AME	Aide Médicale d'État
ANISS	Agence des Nouvelles Interventions Sociales et de Santé
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
BSEM	Bilan de Santé en Ecole Maternelle
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAMSP	Centres d'Action Médico-Sociale Précoce
CANA PMI	Comité d'Animation National des Actions de PMI
CCF	Conseillers Conjugaux et Familiaux / Conseillères Conjugales et Familiales
CCPD	Commissions Consultatives Paritaires Départementales
CD	Conseil Départemental
CeGIDD	Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CMPP	Centre Médico-Psychologique Pédiatrique
CNAF	Caisse Nationale d'Allocations Familiales
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRIP	Cellule Régionale des Informations Préoccupantes
CSP	Code de la Santé Publique
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DGFIP	Direction Générale des Finances Publiques
DGD/DGF	Dotation Générale de Décentralisation/Dotation Globale de Fonctionnement
DGCL	Direction Générale des Collectivités Locales
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGS	Direction Générale de la Santé
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EAJE	Etablissement d'Accueil de Jeunes Enfants
EJE	Educateur / Educatrice de Jeunes Enfants
ELFE	Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance
ENFAMS	Enfants et Familles sans logement en Ile-de-France

EPP	Entretien Périnatal Précoce
ETP	Equivalent Temps Plein
FIR	Fonds d'Intervention Régionale
FNPEIS	Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire
FST	Formation Spécialisée Transversale
IDE	Infirmier / Infirmière Diplômé (e) d'État
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INED	Institut National des Etudes Démographiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IP	Information préoccupante
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LAEP	Lieu d'Accueil Enfants Parents
MAM	Maison d'Assistants Maternelles
MDS	Maison des Solidarités
MSA	Mutuelle Sociale Agricole
NGAP	Nomenclature Générale des Actes et Prestations
ODAS	Observatoire National de l'Action Sociale
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ONPE	Observatoire National de la Protection de l'Enfance
PANJO	Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes Parents
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PRADO	Programme d'Accompagnement au retour à Domicile
PRS	Programme Régional de Santé
PUMA	Protection Universelle Maladie
RAM	Relais d'Assistants Maternelles
ROI	Return On Investments = Retour sur investissement
RSA	Revenu de Solidarité Active
SNMPMI	Syndicat National des Médecins de PMI
SNS	Stratégie Nationale de Santé
SRO	Soluté de Réhydratation Orale
TISF	Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale
VAD	Visites A Domicile

ANNEXE 4
DEPENSES DE PMI RAPPORTEES A LA
POPULATION DES 0-6 ANS

Code	Département	Pop. [0-6ans]	dépenses PMI 2017	Dépenses PMI 2017 / hab [0-6ans]
1	Ain	56 889	1 737 304	30,5
2	Aisne	44 614	1 233 584	27,7
3	Allier	22 382	475 097	21,2
4	Alpes-de-Haute-Provence	11 081	646 810	58,4
5	Hautes-Alpes	10 102	374 234	37,0
6	Alpes-Maritimes	78 852	2 800 622	35,5
7	Ardèche	23 363	1 408 015	60,3
8	Ardennes	20 650	483 928	23,4
9	Ariège	10 224	608	0,1
10	Aube	24 783	642 269	25,9
11	Aude	25 589	1 638 454	64,0
12	Aveyron	18 312	404 356	22,1
13	Bouches-du-Rhône	169 184	5 329 250	31,5
14	Calvados	51 588	1 219 169	23,6
15	Cantal	8 439	334 418	39,6
16	Charente	24 126	352 828	14,6
17	Charente-Maritime	41 424	846 435	20,4
18	Cher	21 458	647 830	30,2
19	Corrèze	15 044	378 689	25,2
21	Côte-d'Or	39 233	1 776 167	45,3
22	Côtes-d'Armor	42 386	4 951 433	116,8
23	Creuse	6 676	1 473 139	220,7
24	Dordogne	24 979	469 614	18,8
25	Doubs	44 811	504 826	11,3
26	Drôme	41 944	1 396 420	33,3
27	Eure	52 369	615 208	11,7
28	Eure-et-Loir	36 768	278 639	7,6
29	Finistère	64 763	2 632 248	40,6
30	Gard	56 805	9 655 304	170,0

31	Haute-Garonne	113 799	1 798 153	15,8
32	Gers	12 259	2 092 477	170,7
33	Gironde	123 558	1 223 800	9,9
34	Hérault	88 078	4 123 899	46,8
35	Ille-et-Vilaine	89 443	9 294 062	103,9
36	Indre	13 570	851 903	62,8
37	Indre-et-Loire	46 841	1 983 275	42,3
38	Isère	108 658	7 021 297	64,6
39	Jura	19 033	409 477	21,5
40	Landes	27 984	4 334 516	154,9
41	Loir-et-Cher	24 301	687 907	28,3
42	Loire	61 678	1 578 476	25,6
43	Haute-Loire	15 963	404 405	25,3
44	Loire-Atlantique	120 178	2 108 363	17,5
45	Loiret	57 705	5 761 895	99,9
46	Lot	10 063	1 848 975	183,7
47	Lot-et-Garonne	23 374	565 973	24,2
48	Lozère	4 834	257 981	53,4
49	Maine-et-Loire	67 776	1 108 715	16,4
50	Manche	35 239	4 765 886	135,2
51	Marne	46 340	3 887 708	83,9
52	Haute-Marne	12 141	277 629	22,9
53	Mayenne	24 885	303 958	12,2
54	Meurthe-et-Moselle	55 820	1 524 438	27,3
55	Meuse	13 610	273 936	20,1
56	Morbihan	53 894	1 004 448	18,6
57	Moselle	77 969	1 495 469	19,2
58	Nièvre	12 325	415 954	33,7
59	Nord	233 519	5 429 971	23,3
60	Oise	74 518	784 527	10,5
61	Orne	19 513	2 769 513	141,9

62	Pas-de-Calais	126 467	3 955 949	31,3
63	Puy-de-Dôme	47 714	6 042 620	126,6
64	Pyrénées-Atlantiques	46 617	2 727 838	58,5
65	Hautes-Pyrénées	14 014	3 347 121	238,8
66	Pyrénées-Orientales	34 581	1 361 548	39,4
67	Bas-Rhin	86 440	2 071 805	24,0
68	Haut-Rhin	61 927	1 521 636	24,6
69	Rhône	169 662	5 806 720	34,2
70	Haute-Saône	17 450	219 861	12,6
71	Saône-et-Loire	38 911	1 636 142	42,0
72	Sarthe	45 505	1 109 909	24,4
73	Savoie	32 639	315 873	9,7
74	Haute-Savoie	73 332	1 547 174	21,1
75	Paris	147 905	29 788 145	201,4
76	Seine-Maritime	102 694	1 765 693	17,2
77	Seine-et-Marne	136 190	2 243 593	16,5
78	Yvelines	133 034	2 183 965	16,4
79	Deux-Sèvres	27 913	823 896	29,5
80	Somme	44 024	1 126 289	25,6
81	Tarn	27 906	795 221	28,5
82	Tarn-et-Garonne	21 218	256 965	12,1
83	Var	74 235	10 160 697	136,9
84	Vaucluse	45 343	489 285	10,8
85	Vendée	51 084	549 927	10,8
86	Vienne	32 087	542 981	16,9
87	Haute-Vienne	26 032	416 348	16,0
88	Vosges	25 094	1 232 665	49,1
89	Yonne	25 778	551 195	21,4
90	Territoire de Belfort	11 688	153 647	13,1
91	Essonne	127 861	28 599 244	223,7
92	Hauts-de-Seine	148 077	32 897 809	222,2

93	Seine-Saint-Denis	182 856	61 529 833	336,5
94	Val-de-Marne	130 875	45 032 350	344,1
95	Val-d'Oise	129 113	1 589 878	12,3
	Moyenne	39 511	1 314 280	33,3
	Médiane	42 165	1 378 984	27,5
	Max	233 519	61 529 833	344,1
	Min	4 834	608	0,1

Source : dépenses de PMI : DGCL comptes de gestion 2017 - France métrop ; montants en €

population : population 0-4 ans : INSEE + reconstitution par la mission de la tranche 5-6 ans à partir des données INSEE

méthode utilisée pour reconstituer la tranche 5-6 ans:

A partir des données INSEE au 1er janvier 2018 :

tranche d'âge (5-9 ans) divisée en 5 (considérant que la répartition est égale pour chaque année)

multiplication par 2 pour avoir les 5 et 6 ans

ANNEXE 5
EVOLUTION DES DEPENSES DE PMI 2013-
2017 (DGCL – COMPTES DE GESTION)

Départements	2 013	2 014	2 015	2 016	2 017	Evolution 2013-2017
01 Ain	2 262 943	1 903 622	1 900 681	1 878 938	1 737 304	-23%
02 Aisne	1 286 264	1 412 124	1 441 978	1 280 810	1 233 584	-4%
03 Allier	645 875	540 678	536 231	464 022	475 097	-26%
04 Alpes-de-Haute-Provence	599 993	613 866	568 176	629 323	646 810	8%
05 Hautes-Alpes	655 492	635 912	628 768	438 309	374 234	-43%
06 Alpes-Maritimes	2 731 724	2 567 770	2 793 518	2 514 721	2 800 622	3%
07 Ardèche	1 362 601	1 705 590	1 696 638	1 611 492	1 408 015	3%
08 Ardennes	578 528	573 077	598 428	607 263	483 928	-16%
09 Ariège	929	1 052	1 246	781	608	-35%
10 Aube	732 385	768 933	725 823	661 443	642 269	-12%
11 Aude	1 462 888	1 588 624	1 636 834	1 667 337	1 638 454	12%
12 Aveyron	416 643	529 474	402 969	421 041	404 356	-3%
13 Bouches-du-Rhône	5 182 159	5 097 437	5 151 503	4 797 696	5 329 250	3%
14 Calvados	1 483 303	1 318 065	1 320 023	1 279 657	1 219 169	-18%
15 Cantal	344 386	344 168	292 889	336 367	334 418	-3%
16 Charente	968 731	293 340	361 460	376 047	352 828	-64%
17 Charente-Maritime	988 183	998 391	817 433	779 411	846 435	-14%
18 Cher	1 043 083	1 048 286	773 367	675 181	647 830	-38%
19 Corrèze	545 224	534 774	535 077	375 352	378 689	-31%
21 Côte-d'Or	1 918 325	1 858 132	2 047 146	1 848 296	1 776 167	-7%
22 Côtes-d'Armor	5 261 000	4 944 718	4 859 298	5 006 236	4 951 433	-6%
23 Creuse	1 256 881	1 241 130	1 306 030	1 458 544	1 473 139	17%
24 Dordogne	444 772	412 753	398 345	414 072	469 614	6%
25 Doubs	620 181	657 225	663 698	570 020	504 826	-19%
26 Drôme	1 487 867	1 431 580	1 474 115	1 294 939	1 396 420	-6%
27 Eure	618 118	733 367	681 473	656 019	615 208	0%
28 Eure-et-Loir	327 419	306 178	280 663	262 757	278 639	-15%
29 Finistère	4 066 348	4 366 180	3 837 532	3 202 333	2 632 248	-35%
2A Corse-du-sud	3 702 854	4 320 735	4 539 899	4 671 430	5 239 915	42%

2A Haute-Corse	1 757 333	1 918 787	1 981 503	2 098 341	2 070 798	18%
30 Gard	9 485 307	9 245 274	9 077 704	9 233 743	9 655 304	2%
31 Haute-Garonne	1 650 140	2 072 764	1 841 544	1 557 231	1 798 153	9%
32 Gers	1 923 562	1 996 056	2 006 948	2 118 287	2 092 477	9%
33 Gironde	1 180 783	1 182 978	1 219 103	1 230 237	1 223 800	4%
34 Hérault	4 042 702	4 165 460	3 919 260	4 140 266	4 123 899	2%
35 Ille-et-Vilaine	6 219 405	6 566 686	7 059 778	7 326 966	9 294 062	49%
36 Indre	880 053	896 355	913 114	824 208	851 903	-3%
37 Indre-et-Loire	2 666 233	2 745 860	2 829 288	2 326 369	1 983 275	-26%
38 Isère	6 341 877	5 998 997	5 911 198	6 287 961	7 021 297	11%
39 Jura	1 746 240	493 556	465 914	492 195	409 477	-77%
40 Landes	4 120 741	4 074 328	4 247 180	4 451 621	4 334 516	5%
41 Loir-et-Cher	712 778	701 194	724 968	757 101	687 907	-3%
42 Loire	1 674 871	1 640 832	1 535 419	1 593 646	1 578 476	-6%
43 Haute-Loire	482 549	454 743	448 487	436 202	404 405	-16%
44 Loire-Atlantique	2 968 669	2 758 084	2 554 121	2 682 702	2 108 363	-29%
45 Loiret	5 471 203	5 636 345	5 722 102	5 711 489	5 761 895	5%
46 Lot	1 683 979	1 776 291	1 823 185	1 864 648	1 848 975	10%
47 Lot-et-Garonne	836 530	798 114	789 056	643 740	565 973	-32%
48 Lozère	307 933	257 553	246 507	267 430	257 981	-16%
49 Maine-et-Loire	1 337 171	923 518	999 630	816 213	1 108 715	-17%
50 Manche	4 942 233	4 793 931	4 860 374	4 910 463	4 765 886	-4%
51 Marne	2 404 954	2 449 597	2 570 086	2 446 616	3 887 708	62%
52 Haute-Marne	286 610	283 250	284 641	297 962	277 629	-3%
53 Mayenne	529 630	380 182	347 123	345 385	303 958	-43%
54 Meurthe-et-Moselle	1 769 438	1 864 242	1 908 847	1 982 431	1 524 438	-14%
55 Meuse	368 845	347 632	344 120	342 648	273 936	-26%
56 Morbihan	924 019	872 632	994 344	965 867	1 004 448	9%
57 Moselle	2 146 482	2 199 903	1 421 067	1 559 527	1 495 469	-30%
58 Nièvre	404 991	456 654	497 654	457 027	415 954	3%
59 Nord	6 468 651	7 034 647	7 153 459	6 450 053	5 429 971	-16%

60 Oise	1 404 637	1 400 734	1 416 056	845 465	784 527	-44%
61 Orne	2 971 078	2 902 963	2 777 201	2 731 142	2 769 513	-7%
62 Pas-de-Calais	3 886 849	4 000 890	3 495 823	3 770 358	3 955 949	2%
63 Puy-de-Dôme	5 617 114	5 477 878	5 718 830	5 878 343	6 042 620	8%
64 Pyrénées-Atlantiques	3 009 697	2 331 394	2 096 933	3 103 267	2 727 838	-9%
65 Hautes-Pyrénées	444 317	436 547	443 251	3 310 200	3 347 121	653%
66 Pyrénées-Orientales	1 360 565	1 547 604	1 401 481	1 296 571	1 361 548	0%
67 Bas-Rhin	1 939 722	1 957 528	2 049 082	2 047 511	2 071 805	7%
68 Haut-Rhin	1 107 954	1 085 977	1 651 193	1 682 278	1 521 636	37%
69 Rhône	3 385 198	3 373 747				ND
69D Rhône			530 838	582 462	571 100	ND
69M Métropole de Lyon			4 662 930	4 904 170	5 235 621	ND
70 Haute-Saône	275 887	245 738	244 559	263 123	219 861	-20%
71 Saône-et-Loire	1 174 021	1 115 876	1 199 145	1 283 155	1 636 142	39%
72 Sarthe	1 443 248	1 178 120	1 133 265	1 274 231	1 109 909	-23%
73 Savoie	594 900	667 303	681 324	677 530	315 873	-47%
74 Haute-Savoie	1 761 982	1 841 239	1 750 583	1 594 214	1 547 174	-12%
75 Paris	29 416 620	29 351 696	29 511 101	29 828 945	29 788 145	1%
76 Seine-Maritime	1 514 258	1 595 414	1 815 590	1 545 318	1 765 693	17%
77 Seine-et-Marne	3 572 130	2 497 624	2 283 431	2 256 886	2 243 593	-37%
78 Yvelines	14 710 669	15 225 411	19 275 263	4 892 320	2 183 965	-85%
79 Deux-Sèvres	953 374	675 806	891 319	855 417	823 896	-14%
80 Somme	1 269 301	1 227 175	1 457 687	1 127 911	1 126 289	-11%
81 Tarn	781 819	855 866	854 900	818 792	795 221	2%
82 Tarn-et-Garonne	382 477	410 646	357 945	264 902	256 965	-33%
83 Var	8 863 561	9 406 441	9 776 543	9 874 277	10 160 697	15%
84 Vaucluse	728 321	459 876	680 484	519 746	489 285	-33%
85 Vendée	449 997	471 702	435 138	539 043	549 927	22%
86 Vienne	511 292	502 945	486 168	503 981	542 981	6%
87 Haute-Vienne	430 063	416 101	403 563	405 449	416 348	-3%
88 Vosges	1 358 497	1 321 970	1 091 648	978 768	1 232 665	-9%

89 Yonne	644 323	522 715	582 875	616 790	551 195	-14%
90 Territoire de Belfort	121 632	164 675	159 754	169 329	153 647	26%
91 Essonne*	1 400 669	1 420 471	1 369 491	1 330 558	28599244	NS
92 Hauts-de-Seine	37 411 395	36 998 934	36 166 295	33 296 678	32 897 809	-12%
93 Seine-Saint-Denis	63 580 344	64 454 658	64 273 609	62 946 152	61 529 833	-3%
94 Val-de-Marne	44 983 320	44 505 095	45 588 528	45 373 860	45 032 350	0,11%
95 Val-d'Oise	2 110 578	1 752 334	1 600 215	1 580 809	1 589 878	-25%
971 Guadeloupe	14 634 808	12 940 289	13 074 979	13 153 945	12 758 469	-13%
972 Martinique	3 320 576	2 828 699	2 237 102	10 243 173	4 829 266	45%
973 Guyane	5 416 803	4 921 482	5 553 469	5 340 975	6 616 012	22%
974 La Réunion	10 576 609	4 814 438	4 760 799	5 218 646	5 459 104	-48%
976 Mayotte**	23 167	71 473	543 204	6 318 080	7 392 074	NS
Total avec DOM	400 274 779	389 111 100	395 452 553	392 043 181	413 855 347	3%
Total hors DOM	366 302 816	363 534 719	369 283 001	351 768 361	376 800 421	3%
				MAX	61 529 833	
				MIN	608	
moyenne (hors DOM)	3 815 654	3 786 820	3 807 041	3 626 478	3 884 540	
médiane (hors DOM)	1 381 635	1 361 352	1 401 481	1 294 939	1 396 420	

Source : DGCL - comptes de gestion des départements - sous-fonction 41 "Pmi et planning familial"

*changement de règle comptable en 2017

** cf départementalisation de Mayotte

ANNEXE 6

ESTIMATION PAR LA MISSION DE LA DEPENSE NATIONALE DE PMI 2015

Estimation de la dépense nationale de PMI en 2015 par la mission parlementaire (reprise de la méthodologie utilisée par l'Igas en 2006)					
Personnels 2015 (DREES)		cout salarial brut annuel	ETP	Cout total en €	base de calcul (cf simulateur cg82)
médecins		58 000	2 040	118 320 000	med terr 1e cl ech 4
Sages femmes		35 000	1 010	35 350 000	cl normal ech 5
puéricultrices		39 000	4 370	170 430 000	cl sup ech 1
IDE		36 000	1 350	48 600 000	cl sup ech 1
psychologues		40 000	450	18 000 000	cl norm ech 6
auxiliaires puéricultrices		31 000	900	27 900 000	sup ech 4
conseillers conjugaux		35 000	360	12 600 000	
éducateurs jeune enfant		32 000	310	9 920 000	cl norm ech 5
ETP directs de la PMI			10 790	441 120 000	
heures de vacances médicales			132 200	6 610 000	
Estimation des frais de gestion (20%)				88 224 000	
DEPENSES TOTALES PMI EN 2015				535 954 000	
Source pour les ETP et les vacances méd : DREES - enquête auprès des départements - volet PMI					
Périmètre : France métropolitaine + DOM					
Calcul des coûts salariaux : simulateur en ligne du cg82 sur la base d'une ancienneté moyenne forfaitaire					
NB : 1 heure de vacation médicale est valorisée à 50 €/unité					

ANNEXE 7
QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX
DEPARTEMENTS (2 DOCUMENTS)

TABLEAUX à renvoyer svp par mail à pierre.loulergue@igas.gouv.fr et benedicte.jacquey@igas.gouv.fr

Nom DU DEPARTEMENT :

Tableau 0. Données socio-démographiques sur le département

	2017
Population générale	
Population 0-6 ans	
Nombre de naissances	
Taux de pauvreté monétaire	
Taux de monoparentalité	
Autres indicateurs significatifs :	

Tableau 1 - Normes du CSP

	2007	2017	Observations sur la pertinence de ces indicateurs
Nombre de demi-journées hebdomadaires de consultations prénatales pour 100 000 habitants			
Nombre de demi-journées hebdomadaires de consultations de planification pour 100 000 habitants			

Nombre de demi-journées hebdomadaires de consultations infantiles		
Nombre de sages-femmes pour 1500 enfants		
Nombre de puéricultrices pour 250 enfants		

Tableau 2 - BUDGET (évolution sur temps long)

	2007 (ou autre < 2010)	2012 (ou autre > 2010)	2017
Budget PMI du département y compris personnel et dép déléguées			
Part de la PMI dans le budget de l'action sociale du CD			
Part dans le budget total du département			
Dépense en € par an rapportée au nombre d'habitants de 0-6 ans			

Cette dépense étant la somme : des dépenses de personnel du département (administration de la PMI et unités opérationnelles en régie directe) et des centres délégués + des autres dépenses de fonctionnement dans les centres en régie directe ou délégués

Tableau 2B. Si possible, estimation (compta analytique) des coûts des missions de la PMI

Suggestion si pas de comptabilité analytique : (temps passé x coût salarial horaire brut) x 1,2 (forfait 20% de frais de gestion)

coût moyen pour la PMI	En €
- d'une visite à domicile par une sage-femme	

- de la consultation du 4 ^{ème} mois (EPP)	
bilan de santé en école maternelle par une puéricultrice	
de l'instruction d'une demande d'agrément d'une assistante maternelle	
de l'instruction d'un dossier de demande d'ouverture d'un EAJE, d'une MAM ou d'une micro-crèche	

Tableau 3 Montant des recettes reçues de l'assurance -maladie.

En K€	2017
Tarifification des consultations	
FNPEIS	
Autres	
Poids de l'ensemble des recettes de l'ass-mal dans le budget total de la PMI	

Tableau 4 - Nombre de centres de consultation (gestion directe ou déléguée)

	2007	2017
Nombre total de sites de consultation de la PMI		
Dont : avec consultations prénatales		
Dont : avec consultations infantiles		
Dont : avec actions collectives		
Dont : centres de planification		

Tableau 5 Effectifs de la PMI

PERSONNELS (en ETP)	1997 (si disp)	2006 (ou 2007)	2017
MEDECINS			
SAGES FEMMES			
PUERICULTRICES			
INFIRMIERS			
PSYCHOLOGUES			
CONSEILLERS CONJUGAUX			
AUXILIAIRES de PUERICULTURE			
SECRETAIRES			
AUTRES PERSONNELS : précisez			
TOTAL			

Tableau 5 bis Vacances médicales

Vacances médicales en heures	2017
MEDECINS	

Tableau 6 Postes vacants au 31.12.2017 ou au moment de la mission

(en ETP)	Date :
MEDECINS	
INFIRMIERES	
SAGES-FEMMES	

Tableau 7 - SUIVI DES FEMMES ENCEINTES

	2007	2017
Nombre de centres PMI effectuant des consultations prénatales		

Nombre de ½ journées de consultations prénatales		
Nombre de consultantes vues en consultation		
Nombre de visites à domicile effectuées		
Nombre de femmes vues en visites à domicile		
Nombre de séances d'actions collectives*		
Nombre d'EPP effectués par la PMI		
Part de la Pmi dans l'ensemble des EPP conduits dans le département		

* actions collectives : sessions ou réunions organisées sur un thème sauf la préparation à l'accouchement

Tableau 8 **SUIVI DES ENFANTS**

	2007	2017
Nombre de centres de PMI effectuant des consultations infantiles		
Nombre d'enfants vus en consultation		
Taux d'enfant vus en consultation par rapport à la classe d'âge		
Nombre de visites à domicile effectuées		
Nombre d'enfants vus en visites à domicile		
Nombre de séances d'actions de prévention collectives		

Nombre d'enfants vus en « bilans individuels de santé écoles maternelles »		
contenu du bilan, personnels effectuant ces bilans (puéricultrice / médecin)		
Observations sur la contribution de ces bilans au dépistage de troubles (visuels, auditifs, autres...). Si disponible, info sur le % d'enfants dépistés pour une déficience		

Tableau 9 - **CENTRES DE PLANIFICATION**

	2007	2017
Nombre de centres de planification (CPEF)		
Nombre total d'ETP alloués aux CPEF		
Nombre de séances (demi-journées) de consultations		
Nombre de centres proposant l'IVG médicamenteuse		
Nombre de consultants		
% de consultants mineurs		
Nombre de personnes vues en entretien par des conseillères conjugales		

Nombre de séances collectives en milieu scolaire		
Nombre d'élèves concernées par ces séances collectives en milieu scolaire		

Tableau 11 AGREMENT ET CONTRÔLE DES MODES DE GARDE

	2017
Nombre de structures collectives relevant de la compétence de la collectivité départementale	
Nombre de contrôles de structures collectives (crèches...) dans l'année	
Nombre de visites d'agrément d'assistantes maternelles dans l'année	
Nombre d'assistantes maternelles agréées dans l'année	
Nombre de visites de suivi d'assistantes maternelles effectuées dans l'année	
Nombre de retraits d'agrément d'assistantes maternelles dans l'année	
Nombre d'assistantes maternelles ayant bénéficié d'une action collective ou d'une formation dans l'année à l'initiative de la PMI	

Tableau 12. ACCESSIBILITE DE LA PMI

En matière d'accessibilité, quelles seraient selon vous les actions prioritaires à développer dans votre département (classement 1 : non prioritaire ; 2 : moyennement prioritaire ; 3 : prioritaire)

Ouvrir de nouveaux centres (améliorer la couverture territoriale)	
Elargir l'amplitude d'ouverture des centres existants (améliorer l'accessibilité horaire)	
Développer les actions individuelles hors les murs (aller vers : VAD, maternité, permanence itinérante...)	
Développer les actions collectives (sur sites et hors les murs)	
Aucune action en particulier : l'accessibilité actuelle est satisfaisante	
Autre (préciser) :	

TABLEAU 13 – MISSIONS PRIORITAIRES A CONSOLIDER

Si la PMI de votre département disposait de moyens supplémentaires, quelles seraient selon vous les 3 missions qui devraient être prioritairement développées ? (cocher 3 choix max. possibles)

Missions	Cocher 3 cases max.	Commentaires
Faire davantage de VAD prénatales		

Faire davantage d'EPP		
Organiser davantage de consultations infantiles		
Organiser davantage de VAD postnatales		
Organiser davantage d'actions collectives		
Renforcer le contrôle de la qualité des modes de garde		
Renforcer l'évaluation des informations préoccupantes		
Renforcer les actions d'accompagnement à la parentalité		
Renforcer l'information sur la contraception et l'accès à l'IVG		
Contribuer davantage à la veille sanitaire et épidémiologique		
Autre (préciser)		

TABLEAU 14 -COUVERTURE DES BESOINS

Comment caractériseriez-vous la couverture actuelle par la PMI de votre département des besoins suivants :

	Couverture insuffisante	Couverture moyenne	Bonne couverture	Observations et/ou indicateurs permettant de documenter l'avis exprimé
Santé des mères avant et autour de la naissance				

Santé infantile des 0-2 ans				
Santé infantile des 3-6 ans				
Couverture vaccinale				
Garantir la qualité des modes de garde				
Contraception/IVG				
Contribuer à l'évaluation des informations préoccupantes				
Contribuer à la veille sanitaire et épidémiologique				
Autre :				
Autre :				

TABLEAU 15 – VALEUR AJOUTEE & IDENTITE PROFESSIONNELLE

Comment caractériseriez-vous la valeur ajoutée de la PMI de votre département dans les champs suivants (cocher 1 case par ligne) :

	valeur ajoutée	valeur ajoutée « satisfaisante ou forte »	valeur ajoutée « déterminante et essentielle »
	« moyenne ou faible »	(savoir-faire établi de la PMI dans une mission qui est importante)	(savoir-faire clef, dans une mission qui est au cœur de l'identité professionnelle de la PMI)

	(cela ne constitue pas le cœur du métier et de l'identité professionnelle de la PMI, les ressources de la PMI pourraient être mieux utilisées ailleurs)		
Protéger la santé des mères avant et autour de la naissance			
Prévenir les inégalités sociales de santé dans la petite enfance			
Garantir la couverture vaccinale des 0-6 ans			
Garantir la qualité des modes de garde			
Proposer une « prévention prévenante » au début de la vie			
Proposer un accompagnement à la parentalité			
Faciliter l'accès à la contraception et à l'IVG			
Contribuer à l'évaluation des informations préoccupantes			
Effectuer les bilans de santé à l'école maternelle			
Contribuer à la veille sanitaire et épidémiologique			

Merci de votre contribution.

Questionnaire renseigné par (nom, fonction, adresse mail) :

Mission parlementaire de Madame Michèle PEYRON sur la PMI

Estimatif des effectifs PMI consacrés au bloc « modes de garde »

Tableau à renvoyer à pierre.loulergue@igas.gouv.fr ou benedicte.jacquey@igas.gouv.fr

Département :

Contact (Nom et mail de la personne ayant renseigné le tableau) :

	Nb de demi-journées de travail par dossier	Nb d'ETP/an pour l'ensemble des dossiers (tous professionnels confondus)	Compétences mobilisés : (par ex : 20% med ; 50% puer ; 30% adm)
Instruction des demandes d'agrément des assistantes maternelles (yc renouvellement)			
Contrôle des assistantes maternelles (contrôles inopinés ou programmés)			
CCPD / Instruction des retraits et suspensions d'agrément			
Suivi et accompagnement des assistantes maternelles			
Instruction des projets d'ouvertures d'EAJE-MAM-micro-crèches			
Instruction des demandes de modification (établissements déjà ouverts)			
Contrôle des établissements d'accueil déjà ouverts (visites inopinées ou programmées)			
Accompagnement des établissements (conseil, formation, animation...)			
Autres (préciser)			
Autres (préciser)			
TOTAL			

ANNEXE 8

ATTRIBUTIONS JURIDIQUES DE LA PMI

Attributions juridiques des PMI

Article L2112-2 du CSP

- Modifié par [LOI n°2016-297 du 14 mars 2016 - art. 31](#)

Le président du conseil départemental a pour mission d'organiser :

1° Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;

2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle, en tenant compte des missions particulières des médecins traitants mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et sans préjudice des compétences des médecins du service de protection maternelle et infantile ;

3° Des activités de planification familiale et d'éducation familiale ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans les conditions définies par le chapitre Ier du titre Ier du livre III de la présente partie ;

4° Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien prénatal précoce proposé systématiquement et réalisé à partir du quatrième mois de grossesse, prévu au dernier alinéa de l'article L. 2122-1, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;

4° bis Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations ;

5° Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations et en particulier de celles qui figurent sur les documents mentionnés par l'article L. 2132-2 ;

6° L'édition et la diffusion des supports d'information sanitaire destinés aux futurs conjoints et des documents mentionnés par les articles L. 2122-2, L. 2132-1 et L. 2132-2 ;

7° Des actions d'information sur la profession d'assistant maternel et des actions de formation initiale destinées à aider les assistants maternels dans leurs tâches éducatives, sans préjudice des dispositions du code du travail relatif à la formation professionnelle continue.

En outre, le conseil départemental doit participer aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être dans les conditions prévues au sixième alinéa (5°) de l'article L. 221-1 et aux articles L. 226-1 à L. 226-11, L523-1 et L. 532-2 du code de l'action sociale et des familles.

Le service contribue également, à l'occasion des consultations et actions de prévention médico-sociale mentionnées aux 2° et 4°, aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées.

ANNEXE 9

FINANCEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE AUX PMI (2017)

Montants remboursés par l'Assurance Maladie aux Conseils Départementaux
au titre de l'activité des PMI en 2017

Consultations et actes : source SNIIRAM RG

Remboursement de vaccins : source enquête déclarative auprès des CPAM (en l'absence de possibilité de télétransmission, les vaccins sont remboursés sur la base d'un tableau récapitulatif et ne figurent pas dans les bases informationnelles).

		Consultations + actes	Vaccins
011	CPAM de Bourg en Bresse	132 554	22 431
021	CPAM de l'Aisne	116 270	10 592
031	CPAM de Moulins	130 486	42 517
041	CPAM de Digne	34 642	
051	CPAM de Gap	70 183	1 527
061	CPAM de Nice	481 242	51 534
072	CPAM de l'Ardèche	52 478	21 260
081	CPAM de Charleville Mézières	64 000	4 625
091	CPAM de Foix	23 722	
101	CPAM de Troyes	198 032	
111	CPAM de Carcassonne	245 207	
121	CPAM de Rodez	934	
131	CPAM Bouches du Rhône	510 600	
141	CPAM de Caen	184 192	
151	CPAM d'Aurillac	43 827	
161	CPAM d'Angoulême	179 031	34 122
171	CPAM de La Rochelle	211 797	1 879
181	CPAM de Bourges	38 173	0
191	CPAM de Tulle	32 613	1 641
201	CPAM d'Ajaccio	87 296	12 265
202	CPAM de Bastia	792	

211	CPAM de Dijon	267 752	0
221	CPAM de Saint	74 870	324
231	CPAM de Guéret	76 977	739
241	CPAM de Périgueux	204 555	17 729
251	CPAM Du Doubs	56 590	
261	CPAM de Valence	137 529	19 288
271	CPAM Evreux	35 407	
281	CPAM de Chartres	206 457	
291	CPAM du Finistère	77 636	517
301	CPAM de Nîmes	261 442	
311	CPAM de Toulouse	9 550	8 799
321	CPAM d'Auch	35 955	0
331	CPAM de Bordeaux	98 993	0
342	CPAM de l'Hérault	370 650	154 291
351	CPAM de Rennes	364 528	
361	CPAM de Châteauroux	24 307	890
371	CPAM de Tours	94 426	28 570
381	CPAM de l'Isère	620 493	719 315
391	CPAM de Lons	28 314	24 534
401	CPAM de Mont de Marsan	52 774	
411	CPAM de Blois	54 071	
422	CPAM de la Loire	225 697	
431	CPAM du Puy	45 975	
441	CPAM de Loire Atlantique	588 521	362 437
451	CPAM d'Orléans	321 544	
461	CPAM de Cahors	52 180	2 570
471	CPAM d'Agen	93 884	69 661
481	CPAM de Mende	17 054	
491	CPAM de Maine et Loire	26 549	
501	CPAM de Saint	88 883	
511	CPAM de Reims	136 661	
521	CPAM de Chaumont	32 636	
531	CPAM de Laval	73 322	
542	CPAM de Meurthe et Moselle	160 582	
551	CPAM de Bar le duc	28 581	230
561	CPAM de Vannes	249 232	93 877
571	CPAM de Moselle	162 843	
581	CPAM Nevers	16 250	
594	CPAM des Flandres	192 825	
595	CPAM de Lille Douai	663 757	12 721
597	CPAM de Roubaix Tourcoing	441 967	2 260

599	CPAM du Hainaut	332 625	6 938
601	CPAM de l'Oise	490 415	0
611	CPAM d'Alençon	145 764	0
623	CPAM de la Côte d'Opale	139 850	1 231
624	CPAM d'Artois	213 417	2 056
631	CPAM de Clermont Ferrand	217 867	8 082
641	CPAM de Bayonne	24 524	
642	CPAM de Pau	60 177	
651	CPAM Tarbes	17 270	
661	CPAM de Perpignan	152 363	
673	CPAM du Bas Rhin	413 035	87 612
682	CPAM du Haut	94 325	0
691	CPAM du Rhône	1 332 989	887
701	CPAM de Vesoul	82 478	
711	CPAM de Macon	64 308	108
721	CPAM du Mans	152 819	2 343
731	CPAM de Chambéry	77 415	
741	CPAM d'Annecy	136 673	
751	CPAM de Paris	1 937 558	311 673
763	CPAM de Le Havre	232 861	1 792
764	CPAM de Rouen Dieppe Elbeuf	472 732	32 026
771	CPAM de Melun	487 101	112 610
781	CPAM de Versailles	736 632	
791	CPAM de Niort	137 232	
801	CPAM d'Amiens	308 471	
811	CPAM d'Albi	45 529	2 052
821	CPAM de Montauban	71 083	2 179
831	CPAM de Toulon	193 763	
841	CPAM d'Avignon	227 660	
851	CPAM de La Roche Sur Yon	263 226	
861	CPAM de Poitiers	161 999	8 236
871	CPAM de Limoges	262 273	25 314
881	CPAM d'Epinal	14 209	
891	CPAM d'Auxerre	37 440	
901	CPAM de Belfort	72 907	
911	CPAM d'Evry	1 249 803	69 507
921	CPAM de Nanterre	1 530 454	481 232
931	CPAM de Bobigny	4 439 210	*0
941	CPAM de Créteil	2 950 162	476 718
951	CPAM de Cergy	1 218 046	535 215
971	CGSS Guadeloupe	15 612	

972	CGSS Martinique	58 935	
973	CGSS Guyane	194 198	259 447
974	CGSS Réunion	349 097	
		31 426 791 €	150 403 €

*cpam 93 : en attente 1 293 503 € vaccins

ANNEXE 10
CONVENTION TYPE CPAM

CONVENTION TYPE
(Modifiée le 1^{er} janvier 2017)

de financement et de partenariat entre la CAISSE d'ASSURANCE MALADIE et le DEPARTEMENT pour assurer la prise en charge, par l'Assurance Maladie, des prestations réalisées par les services départementaux de Protection Maternelle et infantile au titre :

- *des activités de protection de la santé maternelle et infantile,*
- *des activités de planification familiale et d'éducation familiale.*

Conclue entre :

LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE....., située.....,
Représentée par :
Mr ou Mme, Directeur
Ci-après dénommée « la caisse d'Assurance Maladie »

D'une part,

Et

LE DEPARTEMENT.... situé à,
Représenté par le Président du Conseil Départemental par décision de l'Assemblée départementale du ---,
Ci-après dénommée « le Département »

D'autre part,

PREAMBULE

L'article L.2111-1 du code de la santé publique décrit la promotion et la protection de la santé maternelle et infantile comme une mission partagée entre l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale.

Dans cette optique, une convention est conclue entre la caisse primaire d'assurance maladie et le département afin de recenser, d'une part, l'ensemble des activités justifiant d'une participation financière de l'assurance maladie (cf. les articles suivants : L.2112-2 alinéas 1°, 2°, et 3° et L.2112-7 du code de la Santé Publique), et d'autre part, d'envisager des actions communes visant à promouvoir la santé maternelle et infantile.

DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 OBJET DE LA CONVENTION

La convention a pour objet :

- de fixer les conditions de la participation financière de la caisse primaire d'assurance maladie aux actions de prévention et de santé publique menées par le service départemental de protection maternelle et infantile, définies conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur,
- de définir des actions de prévention médico-sociale complémentaires à mener conjointement.

La présente convention ne pourra avoir pour effet de financer une activité ou une prestation déjà prise en charge par une autre administration ou un autre organisme, au titre de sa compétence légale.

Article 2 ÉTABLISSEMENTS CONCERNES

La présente convention s'applique aux services exerçant les missions de protection maternelle et infantile implantés dans le département de dont la liste est fournie en annexe par le département à la caisse d'Assurance Maladie et mise à jour en tant que de besoin.

TITRE I PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Sont visées dans ce cadre, les actions de prévention en faveur des futurs parents, et des enfants de moins de six ans. Les prestations prises en charge par la caisse d'Assurance Maladie sont déterminées en référence aux codes de la santé publique et de la sécurité sociale.

Article 3 LES BENEFICIAIRES CONCERNES

Les bénéficiaires concernés par les dispositions de la présente convention sont les **assurés sociaux et leurs ayants droit** (y compris ceux relevant des Sections Locales Mutualistes), au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2 du code de la sécurité sociale, et les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat, affiliés à la caisse d'Assurance Maladie de et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations.

Article 4 LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE

Sont pris en charge :

1. Au titre de l'assurance maternité :

- les examens prénataux et postnataux obligatoires de la femme enceinte, visés à l'article L.2122-1 du code de la santé publique,
- les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, dont l'entretien prénatal précoce, visées à la décision UNCAM du 5/02/2008,
- l'examen médical du futur père, le cas échéant, visé à l'article L.2122-3 du code de la santé publique,
- les séances de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne visées par l'arrêté du 23 décembre 2004 fixant la liste des prestations prise en charge au titre de l'assurance maternité,
- les examens obligatoires de surveillance médicale de l'enfant de moins de six ans visés aux articles L.2132-2 et R. 2132-1 du code de la santé publique.
- Les éventuels examens médicaux intercurrents rendus nécessaires par l'état de santé de la mère réalisés par les sages femmes (décision UNCAM du 11 mars 2005) dans la période débutant au 1^{er} jour du 6^{ème} mois avant la date présumée de l'accouchement et se terminant 12 jours après l'accouchement,
- Les observations réalisées par les sages-femmes, en sus des examens obligatoires et intercurrents, pour les grossesses nécessitant une surveillance particulière, dans la période débutant au 1^{er} jour du 6^{ème} mois précédant la date présumée de l'accouchement et se terminant 12 jours après l'accouchement :
 - observation et traitement à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive,
 - observation et traitement à domicile d'une grossesse pathologique, au troisième trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal, sur prescription d'un médecin,
 - observation et traitement au cabinet d'une grossesse pathologique, au troisième trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal, sur prescription d'un médecin,

- examen de fin de grossesse (avec un maximum de deux) au dernier mois (sauf urgence), comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal et éventuellement une amnioscopie.

Pour les trois libellés précédents, l'enregistrement du rythme cardiaque foetal doit être d'une durée de 30 minutes et donner lieu à l'établissement d'un compte rendu.

- Les visites à domicile d'une sage-femme de PMI dans le cadre du service de retour à domicile Prado, pour les femmes suivies en anténatal par une sage-femme de PMI qui en font la demande et sous réserve de l'accord de l'équipe médicale de la maternité. Les modalités d'organisation de ce service sont précisées en annexe.
- Les consultations et les plombémies de dépistage du saturnisme réalisées dans le cadre d'une action de santé publique pour les femmes enceintes dans la période débutant au 1^{er} jour du 6^{ème} mois précédant la date présumée de l'accouchement à la date de l'accouchement.
- les injections réalisées :
 - pour les vaccinations obligatoires et recommandées de l'enfant de moins de 6 ans prévues dans le calendrier vaccinal de l'année en cours, visées aux articles L.2132-2 et R.2132-1 du code de la santé publique (cf. Art. L.160-9 du code de la sécurité sociale),
 - pour les vaccinations obligatoires et recommandées pour les femmes consultant en PMI à l'occasion de la surveillance de leur grossesse ou lors de la période post natale, réalisées dans la période débutant au 1^{er} jour du 6^{ème} mois précédant la date présumée de l'accouchement et se terminant 12 jours après l'accouchement.

Pendant cette période, si les vaccins sont délivrés directement aux femmes par le service départemental de protection maternelle et infantile, ils font l'objet d'un remboursement par la caisse d'Assurance Maladie, sur le risque maternité, sur la base du tarif négocié obtenu par le département.

2. Au titre de l'assurance maladie :

- la consultation prénuptiale visée à l'article L.2112-2,1 du code de la santé publique,
- les éventuels examens médicaux intercurrents rendus nécessaires par l'état de santé de la mère et du nouveau né (Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005/ actes liés à la gestation et à l'accouchement /section 2 : actes réalisés par les sages-femmes) lorsqu'ils sont réalisés avant le 1^{er} jour du 6^{ème} mois avant la date présumée de l'accouchement et après les 12 jours suivants l'accouchement,
- les observations réalisées par les sages femmes, en sus des examens obligatoires et intercurrents, pour les grossesses nécessitant une surveillance particulière (Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005 /actes liés à la gestation et à l'accouchement /section 2 : actes réalisés par les sages-femmes),
- les observations et traitements à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive lorsqu'ils sont réalisés avant le 1^{er} jour du 6^{ème} mois avant la date présumée de l'accouchement et après les 12 jours suivants l'accouchement,
- les séances de suivi postnatal (2 au maximum) réalisées par une sage femme et visées à la décision UNCAM du 5/02/2008, (ces séances peuvent être prises en charge à 100% au titre de l'assurance maternité si elles se déroulent dans la période définie à l'article D.160-3 du code de la sécurité sociale.)
- Les consultations et les plombémies de dépistage du saturnisme réalisées dans le cadre d'une action de santé publique pour les femmes enceintes avant le premier jour du 6^{ème} mois de grossesse et pour les enfants de moins de 6 ans.
- Les injections réalisées :
 - pour les vaccinations obligatoires et recommandées pour les femmes consultant en PMI à l'occasion de la surveillance de leur grossesse ou lors de la période post natale

avant 1er jour du 6ème mois de grossesse et après le 12ème jour suivant l'accouchement,

- pour les vaccinations obligatoires et recommandées pour les enfants de moins de 6 ans réalisées en cas de nécessité médicale en dehors des examens obligatoires de surveillance de l'enfant.

- Les vaccins obligatoires et recommandés délivrés directement par le SDPMI :

- aux femmes consultant en PMI à l'occasion de la surveillance de leur grossesse ou lors de la période post natale, avant 1er jour du 6ème mois de grossesse et après le 12ème jour suivant l'accouchement,
- aux enfants de moins de 6 ans, dans le cadre des examens obligatoires de surveillance de l'enfant,

font l'objet d'un remboursement par la caisse d'Assurance Maladie sur la base du tarif négocié obtenu par le département.

Un tableau récapitulatif joint en annexe, recense l'ensemble des prestations éligibles à une participation financière de l'assurance maladie. Il est mis à jour en tant que de besoin par la CNAMTS et transmis au Conseil Départemental par la caisse d'Assurance Maladie sans qu'il soit nécessaire de recourir à un avenant.

Lorsque d'autres actions de prévention médico-sociale sont menées par le service départemental de protection maternelle et infantile, la caisse d'Assurance Maladie peut également contribuer à leur financement sur la base d'une négociation spécifique selon les modalités définies au titre III de la présente convention.

Article 5	PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE
-----------	-------------------------------------

La caisse d'Assurance Maladie verse directement le montant des prestations dues pour ses ressortissants au département sur la base d'un paiement à l'acte.

La participation de la caisse d'Assurance Maladie intervient :

- dans le cadre de l'assurance maladie ou de l'assurance maternité,
- sur la base des tarifs conventionnels applicables,
- dans la limite de 65% du tarif négocié pour les vaccins visés à l'article 4, à l'exception des vaccins pour lesquels un taux de remboursement à 100% est prévu : vaccin Rougeole Rubéole Oreillons pour les enfants de moins de 6 ans et vaccin contre la grippe saisonnière pour les enfants et les femmes enceintes concernés par les recommandations vaccinales.

L'ensemble des prestations facturées relève de la procédure de tiers payant et donne lieu à une facturation par le service départemental de protection maternelle et infantile sur les supports suivants :

6.1 Support électronique

Les prestations dispensées sont facturées sur supports électroniques, un protocole de télétransmission est annexé à la présente convention.

6.2 Support papier

Dans l'attente d'une généralisation de la télétransmission, les prestations dispensées peuvent être facturées sur les supports papier conformes aux modèles règlementaires ou établis spécifiquement.

La facturation des vaccins obligatoires et recommandés par le calendrier vaccinal de l'année en cours délivrés pour les enfants de moins de 6 ans, et les femmes consultant pour la surveillance de leur grossesse ou lors de la période postnatale, est établie exclusivement sur un imprimé spécifique joint en annexe.

Le département adresse à la caisse d'Assurance Maladie au 1^{er} janvier de chaque année, et lors de chaque modification, la copie du marché passé avec le fournisseur.

Les documents de facturation doivent comporter obligatoirement :

- l'identification du service départemental exerçant les missions de protection maternelle et infantile, son n° FINESS,
- le nom du professionnel de santé concerné, son n° RPPS,
- l'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins,
- la codification des actes et prestations réalisés,

Ces documents sont adressés à la caisse d'Assurance Maladie, à l'adresse suivante----- selon la périodicité ---- ([à préciser entre les partenaires](#)).

6.3 Modalités spécifiques de remboursement au département des actes délégués à d'autres professionnels de santé ou structures publiques ou privées

Si le SDPMI délègue un certain nombre d'actes et de prestations, identifiés dans la convention, à des professionnels de santé libéraux ou des structures publiques ou privées et que le Conseil Départemental règle directement l'exécutant, il peut en obtenir le remboursement, par l'assurance maladie sous réserve de la production des documents suivants :

La copie du document de facturation de l'exécutant comportant :

- l'identification de l'établissement qui a dispensé les soins : le N° FINESS géographique,
- l'identification du professionnel qui a dispensé les soins : le nom du professionnel de santé concerné, son n° RPPS,
- l'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins (NIR, ou le cas échéant le numéro fictif ou personnes ne relevant pas d'un régime de base concernant le dépistage et traitement des IST et dans les autres cas de procédure d'anonymat réglementairement prévue),
- la codification des actes et prestations réalisés,
- la date des soins.

Un tableau récapitulatif daté et signé de la personne habilitée du Conseil Départemental,
précisant le nombre de factures transmises et pour chacune :

- l'établissement ou le professionnel qui a effectué les soins,
- l'identification de la personne bénéficiaire (NIR ou le numéro fictif),
- le taux de remboursement des actes réalisés,
- le montant attendu par le Conseil Départemental.

et attestant le service fait par une mention « *service fait* » en fin de tableau.

La liste des personnes habilitées par le Président du Conseil Départemental à attester du service fait est précisée en annexe de la convention et actualisée en tant que de besoin.

TITRE II
PLANIFICATION FAMILIALE ET D'EDUCATION FAMILIALE :
INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE PAR VOIE MEDICAMENTEUSE
DEPISTAGE ET TRAITEMENT DES MALADIES TRANSMISSIBLES PAR VOIE SEXUELLE

Sont visées dans ce cadre, certaines actions de planification familiale et d'éducation familiale mises en oeuvre par le service départemental de Protection Maternelle et Infantile. Les prestations prises en charge par la caisse d'Assurance Maladie sont déterminées en référence au code de la santé publique et au code de la sécurité sociale.

Article 7 LES BENEFICIAIRES CONCERNES

Les bénéficiaires concernés par les dispositions de la présente convention sont les **assurés sociaux et leurs ayants droit** (y compris ceux relevant des Sections Locales Mutualistes), au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2 du code de la Sécurité Sociale et les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat, affiliés à la caisse d'Assurance Maladie de et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations.

Article 8 LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE

Sont pris en charge :

➤ **Au titre de l'assurance maladie :**

- les consultations de maîtrise de la fécondité et frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescription contraceptive visés à l'article L 2112-2 du code de la santé publique (ne peuvent donner lieu à remboursement : les consultations, examens et délivrance de produits à visée contraceptive pour les mineures souhaitant garder le secret ou les personnes ne relevant pas d'un régime de base de l'assurance maladie qui relèvent d'un financement du Conseil Départemental),
- l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse visée aux articles L.2112-2 - 3°, L.2311-3 du code de la santé publique,
- les entretiens pré et post IVG visés aux articles L.2212-4, R 2311-7-4° du code de la santé publique,
- le dépistage et traitement des maladies transmissibles par voie sexuelle visé aux articles L.2311-5, R.2311-14 du code de la santé publique

Un tableau récapitulatif joint en annexe, recense l'ensemble des prestations éligibles à une participation financière de l'assurance maladie. Il est mis à jour en tant que de besoin par la CNAMTS et transmis au Conseil Départemental par la caisse d'Assurance Maladie sans qu'il soit nécessaire de recourir à un avenant.

Article 9 PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE
--

La caisse d'Assurance Maladie verse directement le montant des prestations dues pour ses ressortissants au département sur la base d'un paiement à l'acte.

La participation de la caisse d'Assurance Maladie intervient :

- dans le cadre de l'assurance maladie,
- sur la base des tarifs conventionnels applicables,
- sur la base d'un forfait pour l'IVG par voie médicamenteuse, conformément à l'arrêté du 26-02-2016 relatif aux forfaits afférents à l'IVG

Article 10 MODALITES DE FACTURATION

L'ensemble des prestations facturées relève de la procédure de tiers payant et donne lieu à une facturation par le service départemental de protection maternelle et infantile sur les supports suivants :

10.1 SUPPORT ELECTRONIQUE

Les prestations dispensées sont facturées sur supports électroniques, un protocole de télétransmission est annexé à la présente convention.

10.2 SUPPORT PAPIER

Dans l'attente d'une généralisation de la télétransmission, les prestations dispensées peuvent être facturées sur les supports papier conformes aux modèles règlementaires ou établis spécifiquement.

Les documents de facturation doivent comporter obligatoirement :

- l'identification du service départemental exerçant les missions de protection maternelle et infantile, son n° FINESS,
- le nom du professionnel de santé concerné, son n° RPPS,
- l'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins, en l'absence de procédure du respect de l'anonymat spécifiquement prévue,
- la codification des actes et prestations réalisées.

Ces documents sont adressés à la caisse d'Assurance Maladie, à l'adresse suivante ----- selon la périodicité ----- (à préciser entre les partenaires) :

10.3 SPECIFICITES DE FACTURATION

Dans certaines situations, une procédure de facturation spécifique est mise en œuvre afin de préserver l'anonymat.

10.3.1 Les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse

Les modalités de prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse garantissent l'anonymat de la patiente mineure sans consentement parental. Le médecin utilise uniquement une feuille de soins papier et doit indiquer un NIR spécifique : 2 55 55 55 + code caisse + 030.

La feuille de soins papier anonyme est envoyée par le service départemental de la protection maternelle et infantile à la caisse qui procède au remboursement au département pour le compte des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Pour les autres patientes assurées sociales ou ayant droit ou bénéficiaires de l'AME, non assujetties à une procédure d'anonymat spécifique, la facturation suit les modalités de facturation de droit commun, renforcées par un principe de confidentialité assurant la neutralité des codes actes et du décompte. L'identification de l'assurée est nécessaire et la confidentialité est assurée par l'utilisation de lettres-clefs spécifiques suivantes :

- FHV : forfait honoraires de ville,
- FMV : forfait médicaments de ville.

Le décompte adressé à l'assuré(e) ne fait lui-même apparaître que la mention "Forfait médical". La feuille de soins (électronique ou papier) comportant l'identification de l'assurée est adressée directement à la caisse d'Assurance Maladie qui procède à son remboursement.

10.3.2 Dépistage et traitement des maladies transmissibles par voie sexuelle

Le service départemental de protection maternelle et infantile assure de manière anonyme le dépistage et le traitement des maladies transmises par voie sexuelle.

- **Pour les mineurs qui en font la demande et les personnes qui ne relèvent pas d'un régime de base d'assurance maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts dans un tel régime.**

Les organismes d'assurance maladie, en application de l'article R 162-57 du code de la sécurité sociale, prennent en charge intégralement les dépenses d'analyses et d'examens de laboratoire ainsi que les frais pharmaceutiques afférents au dépistage et au traitement des maladies transmises par voie sexuelle.

La caisse d'Assurance Maladie est chargée du règlement des factures pour le compte des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Le centre de planification et d'éducation familiale établit chaque trimestre une facturation sur l'imprimé 709 CNAMTS IST joint en annexe, faisant apparaître le nombre et la nature des actes effectués et les frais pharmaceutiques.

- **Pour les autres patientes assurées sociales, ayants droit ou bénéficiaires de l'AME**

Le remboursement est effectué dans les conditions habituelles.

10.3.3 Modalités spécifiques de remboursement au département des actes et prestations délégués à d'autres professionnels de santé ou structures publiques ou privées

Le remboursement des actes et prestations délégués s'effectue dans les conditions prévues à l'article 6.3 de la présente convention.

TITRE III AUTRES ACTIONS DE PREVENTION MEDICO - SOCIALE

Article 11

ACTIONS VISEES

Au-delà de la prise en charge financière des prestations visées aux titres I et II de la présente convention, un partenariat entre le service départemental de protection maternelle et infantile et la caisse d'Assurance Maladie peut être mis en œuvre dans un objectif d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Les actions sont déterminées conjointement chaque année et tiennent compte d'un cadrage national et régional.

Au niveau national, l'assurance maladie propose de retenir des actions liées aux thèmes et objectifs stratégiques suivants (**à adapter localement en fonction des thématiques retenues entre la caisse et le SDPMI**) :

- **Vaccinations :**
 - amélioration de la couverture vaccinale ROR pour les enfants de moins de 6 ans avec un rattrapage éventuel pour ceux n'ayant pas eu deux doses de vaccins,
 - amélioration de la couverture vaccinale Méningocoque C pour les enfants de 12 mois avec un rattrapage éventuel pour ceux qui n'ont pas été vaccinés,
 - vaccination des femmes enceintes contre la grippe saisonnière, dans le cadre de la campagne de vaccination de l'assurance maladie,
 - Participation à la semaine européenne de la vaccination.
- **Suivi de grossesse et soutien à la parentalité :**
 - amélioration du suivi de grossesse, particulièrement pour les femmes en situation de vulnérabilité et accompagnement à la parentalité. Ce partenariat s'inscrit dans le cadre du parcours maternité de l'Assurance Maladie et peut prendre la forme, notamment d'une collaboration pour l'organisation et l'animation des ateliers collectifs maternité et d'une participation du SDPMI au programme Prado.
- **Nutrition :**
 - Développement du repérage du surpoids chez l'enfant et l'éducation nutritionnelle des parents et de l'enfant, en lien avec l'action « obésité » de l'Assurance Maladie.
- **Tabac :**
 - Développement de l'accompagnement au sevrage tabagique pour les femmes enceintes et leur entourage suivis en PMI pendant leur grossesse, en lien avec les actions de l'Assurance Maladie mises en œuvre dans le cadre du Programme National de Réduction du Tabagisme.

L'assurance maladie met en œuvre des actions visant à :

- **Renforcer le rôle en prévention des professionnels de santé sur la thématique Tabac.** Elle fera bénéficier les professionnels de santé de la PMI de certaines actions d'accompagnement proposées pour le secteur libéral (notamment des outils),
- **Développer les offres d'accompagnement au sevrage tabagique sur Internet / téléphonie mobile.** Une information sera délivrée aux PMI afin qu'elles puissent proposer ces outils aux femmes enceintes et à leur entourage,

- **Améliorer l'accessibilité des forfaits de prise en charge des traitements substitutifs nicotiques (TNS).** Le forfait TNS s'élève à 150 €. Les professionnels de PMI peuvent prescrire ces forfaits aux femmes enceintes et à leur entourage, et seront accompagnés par l'assurance maladie pour les modalités pratiques permettant cette prescription,
- **Mettre en œuvre des actions collectives de prévention du tabagisme.** Un partenariat de l'assurance maladie pourra être envisagé avec les PMI qui souhaitent mettre en œuvre des actions collectives pour les femmes qu'elles suivent. Une participation financière de l'assurance maladie pourra être envisagée.

Sur ces thématiques une participation financière spécifique de l'assurance maladie peut être envisagée.

TITRE IV DISPOSITIONS COMMUNES

Article 12 MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION

Le département et la caisse d'Assurance Maladie désignent en leur sein un référent chargé de la mise en œuvre et du suivi de la convention.

Le département s'engage à favoriser l'informatisation des services départementaux de protection maternelle et infantile afin de permettre la télétransmission. Il peut utiliser l'application ADRI afin de s'assurer de l'ouverture des droits des consultants.

La caisse d'Assurance Maladie s'engage à fournir une assistance technique par le biais de formations, d'informations ou autres mesures d'accompagnement nécessaires.

article 13 PROMOTION DU PARCOURS DE SOINS

Les professionnels de santé du service départemental de Protection Maternelle et Infantile s'engagent à promouvoir le parcours de soins coordonné auprès de leurs patients. En tant que de besoin, le SDPMI se met en relation avec le médecin traitant de l'enfant et de la femme et assure la transmission des informations nécessaires à ces derniers.

Article 14 ACCES AUX DROITS

L'Assurance Maladie et le SDPMI s'engagent à favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes consultant en PMI. Ils mettent en place un accompagnement permettant l'information des consultants et la fluidité des circuits d'instruction des droits.

Article 15 TELETRANSMISSION

Une annexe organisant la mise en œuvre de la télétransmission est jointe à la convention.

Article 16 PAIEMENT AU DEPARTEMENT

Les règlements sont effectués à :

identité

Code Banque :

Code Guichet :

N° Compte

La caisse d'Assurance Maladie s'engage à honorer les demandes de remboursement présentées par le département **dans le mois** qui suit la réception des pièces justificatives, sauf cas de force majeure.

Article 17 CONTROLE DES REGLEMENTS

La caisse d'Assurance Maladie se réserve le droit de procéder à tout contrôle sur la réalité des frais engagés.

Le département s'engage à rembourser la caisse pour tout paiement effectué à tort à la suite d'erreurs ou d'omissions dont il est à l'origine et réciproquement.

Le contrôle médical est effectué conformément aux dispositions de l'article L.315-1 du code de la sécurité sociale. Le département s'engage à constituer des dossiers conformes à la réglementation rendant possible ce contrôle.

Article 18 SUIVI ET EVALUATION
--

Le département et la caisse d'Assurance Maladie s'engagent à faire un bilan annuel de l'application de la présente convention portant notamment sur :

- La mise en œuvre de la télétransmission,
- Les difficultés rencontrées (qualité de la facturation, qualité et délai du règlement),
- Les montants remboursés aux services départementaux de protection maternelle et infantile par postes de dépenses,
- L'accompagnement des consultants, par le service départemental de protection maternelle et infantile et la caisse d'Assurance Maladie, dans leurs démarches en vue d'acquiescer une couverture sociale,
- La mise en œuvre, l'évaluation des actions de prévention menées conjointement et la définition de propositions d'actions de prévention communes pour l'année suivante.

Article 19 DATE D'EFFET ET DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention est signée pour une durée de 3 ans.

Elle sera renouvelée ensuite par tacite reconduction par période de 3 ans. Toute modification de la présente convention devra faire l'objet d'un avenant.

Article 20 RESILIATION

La présente convention pourra être résiliée par l'une ou l'autre des parties, à tout moment par lettre recommandée avec avis de réception moyennant un préavis de 3 mois.

Article 21 REGLEMENT DES LITIGES
--

Les parties à la présente convention s'engagent à rechercher une issue amiable à tout litige avant la saisine de la juridiction compétente pour en connaître.

Fait à -----, le

en deux exemplaires originaux

Pour « la caisse d'Assurance Maladie »

Pour le Département

Mr ou Mme, Directeur

Le Président du Conseil Départemental

ANNEXE 11

TABLEAU CONSOLIDE DES ACTIONS A CONDUIRE EN PRIORITE (PROPOSITIONS DES PMI)

Q : Si la PMI de votre département disposait de moyens supplémentaires, quelles seraient selon vous les 3 missions qui devraient être prioritairement développées ? (cocher 3 choix max. possibles)

Missions	93	62	44	31	54	35	4	78	75	22	83
Faire davantage de VAD prénatales			X	x			X				
Faire davantage d'EPP							X		X		
Organiser davantage de consultations infantiles		x		x	x	X		X			
Organiser davantage de VAD postnatales	X		x		x	X		X	X	x	
Organiser davantage d'actions collectives							X			x	
Renforcer le contrôle de la qualité des modes de garde					x	X					
Renforcer l'évaluation des informations préoccupantes										x	
Renforcer les actions d'accompagnement à la parentalité		x	x	x							
Renforcer l'information sur la contraception et l'accès à l'IVG	X					X		X	X		X
Contribuer davantage à la veille sanitaire et épidémiologique	X	x									

ANNEXE 12
Hypothèses du chiffrage

Hypothèses du chiffrage PLAN PMI Mission PEYRON

VAD Visite à domicile
BSEM Bilan de santé en école maternelle

Coût CS actuelle médecin 25,00 €

Hypothèses :

CS IDE puericultrice	10,00 €
VAD IDE puericultrice	14,00 €
BSEM IDE puericultrice	16,00 €
Cs Sage-Femme	16,00 €
VAD SF	18,00 €
1 classe d'âge	750 000
EPP	42,00 €

CS infantiles

1 490 000 Nombre d'examens en 2016
(DREES))

T0

15% des 16 examens
obligatoires des 0-6
ans (50% med / 50%

2021 IDE)

20% des 16 examens
obligatoires 0-6 ans

2022 (50% med / 50% IDE)

Hypothèse A 50% de report des CS médecins vers CS puéricultrice

Hypothèse taux de PeC AM = 100%

	T0	2021	2022
Nb de CS	1 490 000	1 800 000	2 400 000
CS à 25 €	37 250 000	22 500 000	30 000 000
C à 10€	0	9 000 000	12 000 000
<i>Gain sous hypothèse A</i>		-13 500 000	-18 000 000
Coût net	37 250 000	18 000 000	24 000 000
Coût brut	37 250 000	31 500 000	42 000 000

VAD infantiles

T0 Nombre de VAD actuel
 1 M VAD (équivalent 2012)
 2021 avant forte érosion)
 3 VAD/an pour 20%
 2022 des 0-3 ans

Hypothèse taux de PeC AM = 100%

	T0	2021	2022
Nb de VAD infantiles	580 000	1 000 000	1 200 000
Coût sous hypothèse 2	8 120 000	14 000 000	16 800 000

BSEM

T0 Nb de BSEM actuel
 taux de couverture =
 80% d'une classe
 2021 d'âge
 taux de couverture =
 95% d'une classe
 2022 d'âge

Actuellement 80% des BSEM sont déjà réalisés par des puéricultrices (sans cotation)
 hypothèses

% d'actes
 actuellement réalisés
 par des puéricultrices
 % taux de report

Hypothèse B 80% des BSEM sont actuellement réalisés par des puéricultrices
 Hypothèse C 100% de report des actes des médecins vers les IDE

	T0	2021	2022
Nb de BSEM	550 000	600 000	715 000
Coût actuel 0€ si puéricultrice 30€ si médecin	3 300 000		
Coût du BSEM par IDE p	8 800 000 €	9 600 000 €	11 440 000 €
economies :	- 3 300 000 €	- 3 300 000 €	- 3 300 000 €
surcoût net	5 500 000 €	6 300 000 €	8 140 000 €

VAD pré et post natales (sages-femmes)

T0 Nombre de VAD
actuel
3 VAD pour 10% des
2021 femmes
3 VAD pour 20% des
2022 femmes

Hyp cout Vad SF : 18
Hypothèse taux de PeC AM = 100%

	T0	2021	2022
Nb de VAD pré et postnatales	188 000	225 000	450 000
Coût	3 384 000	4 050 000	8 100 000

EPP

T0 50000
2021 90000
2022 105000

Hyp cout EPPF : 42
Hypothèse taux de PeC AM = 100%

	T0	2021	2022
Nb d'EPP	50 000	90 000	105 000
Coût sous hypothèse CS=16	2 100 000	3 780 000	4 410 000

Revalorisation jeunes médecins territoriaux

Hyp : 100 med recrutés en T0, 200 en 2021, 300 en 2022 ; prime 300 €/mois

	T0	2021	2022
Nb recrutements	100	200	300
TOTAL	360 000	720 000	1 080 000

TISF

Hyp : enveloppe de 20h pour 10% des depressions post partum à terme
1h = 35 €montant par femme suivie : 700 €

T0 1000 femmes
2021 4000
2022 8000

	T0	2021	2022
Nb femmes concernées	1 000	4 000	8 000
TOTAL	700 000	2 800 000	5 600 000

IMPACT GLOBAL PLAN PMI		T0	2021	2022
ONDAM	BSEM	5 500 000	6 300 000	8 140 000
ONDAM	CS infantiles	37 250 000	31 500 000	42 000 000
ONDAM	VAD infantiles IDE	8 120 000	14 000 000	16 800 000
ONDAM	VAD SF	3 384 000	4 050 000	8 100 000
ONDAM	EPP SF	2 100 000	3 780 000	4 410 000
Budg	Revalorisation medecins	360 000	720 000	1 080 000
ONDAM	TISF	700 000	2 800 000	5 600 000
ONDAM	Enveloppe contr ARS	20 000 000	20 000 000	20 000 000
	TOTAL	77 414 000	83 150 000	106 130 000