

## Synthèse rapport « Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! » présenté par la députée Michèle Peyron en mars 2019

Ce rapport, confié par Edouard Philippe à la députée Michèle Peyron, afin de conduire une mission d'évaluation sur la Protection maternelle et infantile (PMI). Très attendu par l'ensemble des acteurs du secteur de l'enfance, il a été rendu public en juin 2019.

A la suite de cette présentation, le secrétaire d'Etat Adrien Taquet a annoncé la mise en place d'un passeport des 1 000 premiers jours de l'enfant (des 4 mois de grossesse au 2 ans de l'enfant) pour lequel la PMI jouerait un rôle central. Il y a une réelle ambition de **recentrer la PMI sur ces missions de prévention primaire et d'actrice de santé publique**.

**Cette volonté, sans annonce de moyens supplémentaires, devrait se traduire par le retrait de certaines missions des PMI.** Les compétences concernant l'accueil du jeune enfant (autorisation EAJE, agrément assistant maternel...) pourraient être transférées aux Caisses d'allocations familiales (CAF). Une mission d'évaluation a été confiée à l'IGAS pour étudier la faisabilité d'un tel transfert. Les conclusions devraient être rendues en septembre ou octobre 2019.

### 1. Un constat alarmant... :

*« 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. »*

La mission pronostique que la PMI pourrait disparaître d'ici une dizaine d'années sans « sursaut des pouvoirs publics ». Cette disparition serait très dommageable car, comme le rapport le rappelle, « l'efficience 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 ».

### 2. ...Lié à une absence d'investissement des pouvoirs publics et à un élargissement des missions des PMI :

*« 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. »*

Depuis une vingtaine d'années, la PMI doit en effet faire face à « une combinaison de facteurs défavorables ». Le rapport critique l'absence de réels investissements de l'Assurance maladie dans la PMI, le manque de vision stratégique de l'Etat sur le sujet. Le rapport fait également le constat que le financement local est parfois insuffisant, « 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** ».

A ce manque d'investissement des pouvoirs publics dans la PMI, s'ajoutent des difficultés de recrutement de médecins. Au-delà des questions de démographie médicale, les PMI ont perdu de leur attractivité à mesure qu'elles se sont vues assignées de nouvelles missions les éloignant de la

prévention. « Il en résulte un rétrécissement marqué de l'activité sanitaire de la PMI en direction des publics fragiles ».

Selon le rapport, 20 % à 30 % des effectifs des PMI sont consacrés aux missions relatives à l'accueil du jeune enfant (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). Les équipes ont également 10 % de leur temps dédié à la gestion des informations préoccupantes en protection de l'enfance.

### 3. La mission préconise l'adoption d'un plan de sauvetage de la PMI :

Le rapport recommande la mise en place d'un « plan national PMI 2019-2022 ». « **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** ».

Besoins de financement : Les 12 mesures proposées (cf. ci-dessous) nécessiterait l'investissement de 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). Cela se traduirait notamment par la création via la LFSS 2020 d'un fonds national PMI délégué aux ARS (calqué sur le Fonds d'intervention régionale - FIR).

En 2017, la dépense globale de la PMI est estimée à environ 500 millions d'euros (dont 35 millions prennent la forme de remboursement de l'assurance-maladie aux départements). Les départements sont donc les principaux financeurs de la PMI. Néanmoins, cette dépense demeure marginale dans leurs budgets. « 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) ».

Clarification des objectifs de la PMI : La mission propose de préciser les missions des PMI définies à l'article [L2112-2 du code de la santé publique](#) en fixant des objectifs cibles en termes de taux de couverture des besoins. Quatre types de besoins sont identifiés :

- Les besoins en prénatal et en postnatal : ex : 20 % des femmes enceintes bénéficiant d'un entretien prénatal précoce par un professionnel de PMI
- Les besoins en planification et en éducation familiale
- Les besoins en consultations infantiles
- Les besoins au niveau du bilan de santé en école maternelle : ex : 80 % minimum des enfants de maternelle (3-4 ans) bénéficiant d'un bilan de santé gratuit d'ici 2022 (contre 70 % aujourd'hui).

Les missions relatives à l'accueil du jeune enfant ne figurent pas dans les objectifs cibles définis par la mission.

**La recommandation relative à « l'expérimentation du transfert aux CAF des missions « modes de garde », sans transfert d'effectifs » :**

La mission fait le constat que les équipes de PMI sont largement occupées par des missions relatives à l'accueil du jeune enfant. « La composante « modes de garde » est ainsi devenue un segment d'activité qui mobilise des moyens humains considérables au sein des services de PMI ». Cette tendance s'est accentuée, notamment avec l'émergence des maisons d'assistantes maternelles et des micro-crèches.

Sachant que « la branche famille a vocation à porter le développement des modes de garde de la petite enfance », la mission recommande « 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 ». Selon elle, « 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 ».

S'agissant de la faisabilité d'une telle évolution, la mission suggère de recourir à une expérimentation se concentrant dans un premier temps que sur un transfert des procédures concernant les EAJE même s'il n'est pas exclu « 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 ».

Face à cette proposition, l'**Uniopss souhaite alerter les pouvoirs publics sur les points suivants :**

- Cette proposition ne semble pas réalisable sans augmenter les moyens des CAF et dans le cadre constraint de la COG. La mission partage par ailleurs cette préoccupation : « 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 ».
- Cela nécessite un transfert de savoir-faire et la diffusion d'une culture relative à la qualité d'accueil et au développement du jeune enfant. Des agents des CAF devraient donc être spécifiquement formés.
- Cela risque d'accroître encore davantage les disparités entre territoires car certains départements refuseront d'abandonner les compétences relatives à l'accueil du jeune enfant (ex : Paris).
- Enfin, l'**Uniopss** craint que cela aille à l'encontre de la dynamique en cours de rapprochement des modes individuel et collectif d'accueil du jeune enfant si les « tutelles » entre assistants maternels et EAJE différaient.

#### 4. Les 12 mesures du plan PMI :

- Mesure 1 : Mettre en place un bilan de santé systématique pour tous les enfants de moyenne section de maternelle
- Mesure 2 : Coter les actes de prévention des infirmières puéricultrices
- Mesure 3 : Créer un fonds national PMI délégué aux ARS
- Mesure 4 : Investir dans les visites à domicile
- Mesure 5 : Mettre en place des forfaits prévention
- Mesure 6 : Renforcer l'attractivité des métiers de la PMI
- Mesure 7 : Expérimenter le transfert aux CAF des missions « modes de garde » sans transfert d'effectifs
- Mesure 8 : Mettre en œuvre un dialogue politique régulier entre les départements, l'État et l'assurance maladie
- Mesure 9 : Accompagner et soutenir les professionnels de terrain

- Mesure 10 : Transformer les Centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) en centres de santé sexuelle
- Mesure 11 : Renforcer la transparence et l'évaluation
- Mesure 12 : Appliquer la règle du pacte de stabilité sur la dépense nette de PMI et non sur la dépense brute

### RAPPEL – Missions de la PMI – Article L2112-2 du Code de la santé publique

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 relatives 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.