



Questionnaire de la rapporteure Véronique Guillotin
Table ronde sur les structures de protection maternelle et infantile
Transmis le 7 mai 2024
Réponses écrites attendues pour le 28 mai 2024 à mi-santeperinatale@senat.fr

Place et rôle des PMI

1) Quelle est la place des PMI dans le suivi de la santé périnatale, en pré comme en post natal ?

L'action en prévention précoce, qu'exerce la PMI, vise un impact direct et durable sur la morbi mortalité maternelle et infantile : lutte contre l'ensemble des facteurs de risques maternels (tabac, alcool, obésité...), prévention de l'obésité infantile (conseils nutritionnels et activité physique encouragée), prévention de la MIN, prévention du bébé secoué, prévention de la surexposition aux écrans, vaccinations des enfants et jeunes parents pour la prévention des maladies infectieuses, dépistage et orientation précoces des situations de handicap, repérage précoce du mal-être parental et prise en charge par une équipe pluridisciplinaire (« portage de la famille par l'équipe »), prise en charge des situations de stress post traumatique (parcours migratoire traumatique, accompagnement du deuil), conseils en santé environnementale, lutte contre l'isolement, prise en compte de la dimension culturelle des familles avec notamment la possibilité de recourir à des services d'interprétariat en ligne ou physique, sécurité émotionnelle des parents par un accompagnement par des professionnelles sécurisées elles-mêmes...
L'efficacité en soins curatifs est intimement liée à l'efficacité en soins préventifs.

Les professionnels de PMI assurent le suivi médico-psycho-social de la grossesse, le suivi de la santé globale de l'enfant et ses vaccinations, le suivi et le soutien psychologique des parents et de l'enfant, ils soutiennent la parentalité dans une approche en promotion de la santé.

Ils interviennent auprès des modes d'accueil du jeune enfant afin de soutenir le développement de l'enfant et le soutien à la parentalité en travaillant à une qualité d'accueil, en contrôlant les structures et le mode d'accueil individuel, en participant à la formation des professionnels de la petite enfance.

Les professionnels de PMI interviennent en santé sexuelle, santé périnatale et sur la santé des enfants en dépistant également les vulnérabilités des personnes, dont les enfants en situation de handicap ou à besoins spécifiques.

La mission en santé sexuelle de la PMI participe pleinement à une action extrêmement précoce grâce notamment aux actions collectives dans les collèges autour de la vie affective et sexuelle, véritables leviers d'actions auprès des adolescents pour les sensibiliser sur des thématiques cruciales : sexualité, contraception, prévention des infections sexuellement transmissibles, prévention des violences sexuelles, des violences dans le couple, travail autour du respect d'autrui, autour du respect du corps etc.

2) En particulier :

- **Combien de femmes enceintes et de jeunes mères sont prises en charge chaque année dans les PMI et selon quelles modalités ?**

Se référer aux données de la DREES, cf.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-03/er1227_0.pdf .

Mais la part des enfants suivis en PMI n'est pas recueillie. Ces données sont recueillies à l'échelle de chaque service de PMI mais non demandées ensuite au SNDS.

- **Quelle proportion des nouveau-nés fait l'objet d'une prise en charge par les PMI et selon quelles modalités ?**

La proportion des Nouveau-nés suivis en PMI est dépendante de chaque département et donc des moyens humains et organisationnels dévolus à la PMI. Ces données ne sont pas recueillies sur le plan national.

Les modalités d'action de la PMI :

- a. Principe d'universalisme proportionné : la PMI est un service gratuit et accessible à tous, avec une attention particulière aux publics vulnérables, quelques soient les raisons de leur vulnérabilité : handicap, maladie chronique, parcours migratoire, précarité de logement (squat, hébergement en hôtel, familles à la rue), précarité financière, vulnérabilité psychique de la personne etc.
- b. La PMI agit au sein d'un maillage territorial de proximité, dans le réseau ville/hôpital/PMI, assurant une cohérence pour l'utilisateur dans son parcours santé : c'est un service en santé complémentaire des autres services de soins (hospitalier, libéraux, HAD, CMPEA et CMPP, HdJ, CAMPS...) et en étroite relation avec les services d'aide à la personne et de soutien social (cf associations de TISF/AVS, centres sociaux, associations caritatives etc.). Les PMI sont en capacité, si elles en ont les

moyens, de couvrir l'ensemble d'un territoire départemental, afin de lutter contre la désertification médicale et lutter contre les problématiques de transports des personnes et donc facilitent l'accès aux soins. **Les équipes de PMI développent ainsi des actions « hors les murs, de l'aller vers »**, comme les bus santé par exemple, les lieux de consultation avancée (QPV, CADA), afin de lutter contre l'isolement des familles. **Grâce aux visites à domicile (VAD), elles ont la capacité d'intervenir au domicile des familles.**

Les VAD sont de plus en plus proposées dans des situations particulières (petit poids de naissance, fragilités/vulnérabilités repérées, isolement social et familial etc.). Du fait des moyens réduits des services de PMI elles ne sont pas systématiquement proposées à chaque famille dans un principe d'universalisme, comme le nécessiterait une démarche systématique en prévention prévenante, afin de soutenir les questionnements et difficultés « physiologiques et classiques » du parent en devenir ou du jeune parent, et pour éviter que les aléas de la vie quotidienne ne se transforment en situation de risque ou de pathologie.

- c. Notre approche de la personne est une approche en promotion de la santé : la personne est rendue actrice de son parcours de soin et de sa parentalité, elle est accompagnée en tenant compte de son environnement. Nos équipes de professionnelles sont formées à cette posture spécifique à la PMI : l'écoute active et bienveillante, non jugeante, le prendre soin, la prise en compte de la temporalité de chaque personne, la contenance psychique de la personne... Cette approche soutient les soins au nouveau-né, soutient les parents dans leur compréhension des besoins primaires de leurs enfants, mais aussi de ses méta-besoins. Elle soutient l'installation du lien parent-enfant et soutient le développement global de l'enfant.
- d. Nous sommes les seuls acteurs de santé à pouvoir intervenir dans tous les milieux de vie de l'enfant : au domicile des parents, à l'école, dans les modes d'accueil du jeune enfant. Les professionnelles de PMI effectuent des visites à domicile, outil majeur en prévention sur la réduction des facteurs de risques en santé, dont la santé environnementale, et indispensable pour les familles les plus éloignées avec des difficultés de déplacement.
- e. Une capacité à proposer différentes aides pour les familles : mise en place de soutien au domicile, accueil de l'enfant, actions collectives pour favoriser la pair-aidance et le lien social, favoriser l'accès à la culture pour tous : animations culturelles en salle d'attente de PMI, accueils parents-enfants, accompagnement vers les LAPE...
- f. Des équipes pluridisciplinaires offrant une expertise et une analyse fine de chaque situation, permettant de travailler autour de la charge émotionnelle forte de situations de plus en plus complexes et difficiles.
- g. La PMI assure le contrôle, le suivi et l'accompagnement des modes d'accueil du jeune enfant individuels et collectifs, participant ainsi à la qualité d'accueil, nécessaire au développement global de l'enfant, et à la sécurité psychique des parents. Ils travaillent à la mise en œuvre des recommandations médicales pour le jeune enfant (prévention de la MIN, bon usage des écrans par exemple), et sur les bonnes pratiques des professionnelles de la petite enfance entre autres. Selon les départements, des professionnels de PMI sont mis à disposition par la Pmi au sein des EAJE.
- h. Les services de PMI sont des acteurs majeurs dans le repérage et l'orientation des enfants en situation de handicap.

- i. Les services de PMI agissent en coordonnant le parcours de la santé de la femme enceinte et des enfants dans un continuum pré et postnatal, en transversalité avec l'ensemble des autres acteurs périnataux.
- j. Les sage-femmes de PMI font un accompagnement médico-psycho-socio-culturel de la grossesse, en lien avec les maternités de leur secteur, les gynéco-obstétriciens et les sage-femmes libérales. Elles assurent des EPP, EPNP, des consultations et des VAD, participent à des SMPS (staffs médico-psycho-sociaux) et des RCP (Réunion de concertation pluridisciplinaire).
- k. Elles travaillent dans un continuum pré et post-natal : la présentation des professionnelles de PMI du post natal (puéricultrices) est anticipé en prénatal (le lien de confiance à la famille est ainsi travaillé, la cohérence de parcours pour la famille garantie).
- l. Les psychologues de PMI peuvent rencontrer en ante et postnatal les familles (femmes, parents, enfants). Ils participent au repérage des souffrances psychiques qui peuvent apparaître ou être majorées au moment de la grossesse et en post partum, des signes de la dépression maternelle et/ou paternelle du post partum, à l'accompagnement et aux soins de la femme et des enfants.
- m. Les puéricultrices de PMI accompagnent la santé de l'enfant et soutiennent la parentalité, en lien avec les médecins de PMI qui assurent le suivi de la santé globale des enfants sur leur secteur, assurent les vaccinations, dépistent et orientent précocement, notamment dans le champ du handicap de l'enfant.
- n. Des outils de coordination pour un meilleur accompagnement sont à notre disposition :
 - i. Les SMPS en étroite collaboration avec les maternités du territoire,
 - ii. Les puéricultrices de liaison PMI dans les maternités des établissements de santé : présentent la mission PMI aux parents, font le lien entre la maternité et le secteur.
 - iii. Les RCP
 - iv. L'EPP (Entretien Prénatal Précoce) et l'EPNP (Entretien Postnatal Précoce).

La mission PMI est mise en œuvre par des équipes pluridisciplinaires, territorialisées, qui comprennent, selon les départements, des médecins, puéricultrices, sage-femmes, conseillères conjugales et familiales, psychologues, psychomotriciennes, auxiliaires de puériculture, infirmières DE, éducatrices de jeunes enfants. La réflexion d'équipe autour des situations, l'analyse de la clinique de l'enfant au regard de l'histoire familiale, en tenant compte de son environnement, le partage de la charge psychique induite par des situations de plus en plus complexes, permettent de maintenir une sécurité émotionnelle des professionnelles, participant à un portage pluriel et un accompagnement de la famille plus contenant, sûr et enveloppant, plus cohérent, dans le respect des personnes. Elles permettent de proposer aux familles des outils en prévention les plus ajustés à leur singularité et leurs besoins.

Un exemple concret : la dépression périnatale

Toutes les dépressions ne nécessitent pas forcément une hospitalisation mère-enfant ou de traitement médicamenteux. Elles peuvent être accompagnées par un psychologue en PMI, soutenues par l'équipe de PMI par le biais de différents outils (actions collectives, accompagnement individuel, visite à domicile, mise en place de TISF...), toujours en lien avec le secteur curatif lorsque la situation le nécessite.

- **Quels sont les profils des femmes accompagnées ? Quelle proportion de femmes prises en charge sont en situation de grande vulnérabilité sociale ? Quelle proportion ne dispose pas de droits ouverts à la Sécurité sociale ?**

Les profils des femmes suivies en PMI sont multiples, selon un principe d'universalisme proportionné aux périodes de vulnérabilité de la personne. Une hétérogénéité des familles suivies peut s'observer en fonction des quartiers d'origine des publics accueillis.

Ainsi, les personnes rencontrant des difficultés d'accès aux droits, en situation de précarité matérielle et émotionnelle parfois, leur frein à pouvoir entrer dans un parcours de soins de droit commun, leur isolement social et familial, sont souvent orientées par les partenaires vers les services de PMI, en capacité de porter et coordonner l'ensemble des éléments nécessitant une prise en charge dans un objectif d'amélioration de la santé globale de la personne.

Des jeunes filles mineures, des femmes seules, isolées, ne maîtrisant pas la langue française, très dépendantes du conjoint, femmes victimes de violences conjugales, femmes issues de parcours migratoires en situation irrégulière parfois, les femmes avec des addictions, femmes avec troubles psychiatriques, femmes ayant des enfants bénéficiant de mesures de l'aide sociale à l'enfance, mais aussi toute femme porteuse de vulnérabilité, quel que soit son milieu socio-professionnel, sont régulièrement orientées et prises en charge en PMI.

La proximité des centres de PMI est, dans toutes ces situations, toujours un élément fondamental qui facilite l'accès au service public de PMI à tous les usagers qui en ont besoin. Les difficultés du devenir parent sont partagées par tous et ne concernent pas que les familles vulnérables.

- **Comment sont orientées les femmes et les enfants suivies par les professionnels de PMI ?**

L'orientation se fait toujours avec accord de la patiente ou des parents.

- Grâce aux mises à dispositions envoyées par les services de PMI des conseils départementaux à chaque réception d'un avis de grossesse, donc par appel direct de l'utilisateur à la sage-femme de PMI, par appel direct de l'utilisateur à la suite des mises à disposition envoyées par le conseil départemental à chaque déclaration de naissance aux jeunes parents.
- Par le biais de liaisons par des professionnels de santé libéraux : sage-femmes libérales, gynéco-obstétriciens libéraux, médecins traitants, psychologues.
- Par les professionnels des maternités via les staffs médico-psycho-sociaux ; via les liaisons par les professionnels de PMI, via les réunions de concertation pluriprofessionnelle, par les professionnels des PASS maternité...

- Par l'équipe de PMI qui connaît déjà la famille
- Par des associations caritatives.
- Par les médecins : pédiatres libéraux, services pédiatriques hospitaliers, médecins traitants, service d'hospitalisation pédiatrique à domicile...
- Par les professionnels du secteur psychiatrique et pédopsychiatrique : CMPEA, CMPI, CMPP, CAMSP, RPP, équipes mobiles addictologie...
- Par des partenaires : écoles, crèches, assistantes maternelles, associations caritatives, bailleurs sociaux, ITEP, MDPH etc.
- Par le service social du département, et autres services de l'institution.

• Les prises en charge par la PMI sont-elles proportionnellement plus importantes dans certains territoires ? Lesquels ?

Pas de lisibilité sur le plan national.

Les métropoles sont souvent avec de forts besoins car peuvent concentrer des usagers en situation irrégulière et cumulant de nombreuses vulnérabilités, pour qui la PMI est bien repérée.

Les secteurs ruraux soumis à des déserts médicaux et/ou à des problématiques de PMI peuvent également être demandeurs des services de la PMI.

La présence des professionnels de PMI au sein des maternités améliore la lisibilité du service et donc les orientations.

Le nombre de prises en charge est étroitement lié à la lisibilité de l'action de la PMI dans le département, à l'organisation structurelle du service (moyens dévolus, organigramme, respect de la mission), à la présence d'un médecin directeur à la tête du service, garantissant les missions en santé, à la volonté politique des départements de garantir une action en santé préventive et en santé sexuelle.

3) L'articulation entre hôpital, médecine de ville, sage-femmes et PMI dans le suivi prénatal comme post-natal vous semble-t-elle satisfaisante ? Comment l'améliorer ?

Le réseau ville/hôpital/PMI est existant, parfois satisfaisant, mais nécessite, dans certains départements d'être fortement développé ou conforté en :

- Améliorant les liens entre les différents professionnels contribuant à une sollicitation ajustée et facilitée : information sur la mission PMI, formation médicale continue, formation de tous les internes de médecine générale et de pédiatrie à la mission PMI, développement de terrain de stage en PMI pour les internes de médecine générale et de pédiatrie, véritable levier pour une meilleure connaissance de la mission.

- Informant mieux sur l'action préventive et l'accompagnement pluridisciplinaire « précocissime » de la PMI. Les accompagnements proposés par la PMI en périnatalité rentrent dans le cadre d'une prévention généraliste pour l'enfant et les parents et n'ont pas uniquement pour mission la "protection de l'enfant".
- Dispensant des formations communes aux professionnels permettant de « faire culture commune », de se rencontrer, d'avoir le même niveau d'information et de formation.
- En reconnaissant la place essentielle de la PMI dans sa mission en santé préventive par les ARS, par les universités de médecine, par les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM), contribuant ainsi à son portage en territoire.
- En accentuant le portage national de cette mission dans le discours et les actes des pouvoirs publics.

Concernant spécifiquement les professionnels de PMI sage-femmes : l'articulation entre hôpital, médecine de ville, sage-femmes de PMI est satisfaisante. Un carnet de maternité que la future mère aurait dès le début de la grossesse contenant les éléments du suivi médical et toutes les coordonnées des professionnels qui la suivent permettrait d'améliorer cette articulation.

4) Le maillage territorial actuel des PMI vous semble-t-il cohérent, pertinent et viable ?

Il est pertinent et viable **lorsque le service de PMI a les moyens de l'assurer** : nombre de professionnels suffisant, pluridisciplinarité garantie dans les équipes, répondant aux objectifs de couverture populationnelle, budget alloué suffisant, portage politique de la mission garanti au local.

Il est donc soumis à trop d'inégalités territoriales à l'heure actuelle, par absence d'une gouvernance nationale concertée entre le ministère de la santé et les Départements de France.

5) Quelles sont les principales lacunes que vous identifiez dans la prise en charge des femmes au cours de leur grossesse ? Quelles réponses y apporter ? Quelle place accorder à la PMI dans ce suivi ?

- La prise en charge des frais médicaux à 100 % est actuellement trop tardive,
- L'instruction des demandes d'ouverture de droits n'est actuellement pas assez rapide.
- Les consultations avec un.e psychologue dès le début de grossesse ne sont pas remboursées.
- Des services hospitaliers parfois saturés avec des difficultés de prise en charge pouvant se reporter sur les services de PMI, eux-mêmes parfois en grande difficulté.
- Des diagnostics de troubles psychiques de patientes et une difficulté de prise en soins ensuite (services de psychiatrie saturés, délais d'attente...). A noter que les consultations psychologiques en PMI permettent un repérage précoce et un accompagnement des femmes en anténatal, ce qui permet une prise en soins.

- Un manque parfois de coordination autour de situations complexes, qui arrivent dégradées en PMI.
- Un manque de visibilité sur la capacité de la PMI à agir en première ligne pour assurer un suivi en tout début de grossesse avec autant de consultations et VAD que nécessaire pour le suivi de la future mère.
- Un manque d'accès à des services d'interprétariat pour optimiser la prise en charge des mères allophones.

6) Quels leviers identifiez-vous pour améliorer le suivi post-natal des mères ? Quelle part les PMI doivent-elles prendre ?

- Revitaliser les services de PMI pour assurer un accès inconditionnel à toutes les jeunes mères.
- Garantir la mission PMI sur l'ensemble du territoire national.
- Garantir une pluridisciplinarité dans les équipes et assurer la présence de psychologues de PMI pour soutenir la santé psychique des jeunes parents et des enfants.
- Garantir le continuum pré et post natal pour conserver une cohérence de parcours d'accompagnement.

7) Quels leviers identifiez-vous pour améliorer le suivi post-natal des nourrissons ? Au regard de la baisse du nombre de pédiatres constatée depuis plusieurs années, quelle place doivent avoir les PMI dans le suivi des nourrissons ?

La PMI a déjà sa place dans le suivi des nourrissons et doit la conserver.

Améliorer le suivi de la santé des nourrissons, c'est envisager une politique en santé préventive en PMI sur le plan national et stratégique, ayant ensuite une déclinaison locale départementale, qui participe pleinement au système de soin pédiatrique en France.

- **Créer une tête de réseau nationale** pour garantir une gouvernance et une vision stratégique communes de la mission incluant les conseils départementaux pour garantir que la mission PMI s'exerce sur l'ensemble du territoire.
- Reconnaître la place des Pmi dans le système de soins périnatal, assurer sa place au sein de tous les réseaux périnataux régionaux.
- Reconnaître les services de **PMI** comme **lieu ressource en périnatalité** et détenant la compétence pour assurer la coordination du parcours de santé de la femme enceinte et de l'enfant dans sa globalité.

- Informer l'ensemble des professionnels de santé périnataux des missions de la PMI, afin **d'améliorer la lisibilité de notre action** et donc sa portée dans l'intérêt des familles.
- Assurer un **financement pérenne des PMI**, notamment avec une convention socle avec la CNAM, intégrant les spécificités d'action des PMI (évolution avec le hors les murs, les actions collectives etc..., et garantir le remboursement des actes de CN (notamment ceux des puers, et des psychologues).
- Accentuer la formation des médecins généralistes au suivi pédiatrique de l'enfant, avec la spécificité de l'enfant porteurs de vulnérabilité, afin de mieux les « outillés » quand ils veulent travailler en PMI (repérage des signaux faibles des aléas du développement de l'enfant, repérage des signes de souffrance...) car de jeunes médecins généralistes souhaitent avoir une activité libérale et institutionnelle.
- **Augmenter les effectifs de professionnelles de PMI**, en favorisant l'embauche de professionnels, notamment médecins et psychologues.
- **Revaloriser les statuts des professionnels de PMI**, quel qu'ils soient, et de créer un **statut commun de médecin de la fonction publique** comme le préconise le rapport des assises de la pédiatrie, pour aider à pérenniser les médecins en poste et à favoriser leur embauche en PMI, pour permettre de sauvegarder les consultations médicales et la pluridisciplinarité dans les équipes.
- Assurer un **accès pour tous à des consultations psychologiques** dans chaque centre de PMI proposées par des psychologues cliniciens.
- **Garantir la mission première en prévention en santé des PMI**, incluant la mission en planification familiale, sans dévoyer les ressources humaines vers une mission unique en protection de l'enfant.
- Mettre à la nomenclature générale des actes de professionnels les actes des IDE puéricultrices (Peyron : **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)
- **Garantir des normes de couverture populationnelle et des objectifs socles** (Peyron et plateforme assurer l'avenir de la PMI) :

90 % 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).

5% de familles bénéficiant de consultation ou d'action par un psychologue de PMI

15% des 11-25 ans bénéficiant d'une consultation annuelle de santé sexuelle

- Garantir **des normes minimales d'effectifs suivants pour atteindre ces objectifs** : suivant les propositions émanant du rapport des Assises de pédiatrie, une puéricultrice pour 120 naissances, un médecin pour 350 naissances, une sage-femme pour 530 naissances, un.e psychologue pour 1000 naissances, et promouvoir la place dans les services de PMI de

professions précieuses pour l'offre de prévention pluriprofessionnelle, telles les psychologues, les psychomotricien.nes, les éducateurs.trices de jeunes enfants, les auxiliaires de puériculture... notamment pour soutenir les actions collectives particulièrement pertinentes en prévention. Ces normes doivent d'autant plus être revues, au regard de la complexité des situations accompagnées, au regard de l'augmentation des missions des puéricultrices de PMI (bilan de santé, participation à l'évaluation de situation à risque de danger, prévention précoce, visite à domicile, consultations de puéricultrices, actions collectives, mode d'accueil du jeune enfant, liaisons hospitalières, réunions de concertation, réunions partenariales etc...)

8) Parmi les examens obligatoires en suivi post-natal, certains doivent être transmis aux PMI puis remontés à la DRESS à des fins d'études épidémiologiques. Or, il semble que seule une faible part de ces certificats qui contiennent des données cliniques sont correctement remplis et transmis. Comment expliquez-vous ce défaut de transmission des données et quelles réponses peuvent y être apportées selon vous ?

Les médecins et les sage-femmes sont insuffisamment sensibilisés à l'importance de ces données de santé, d'autant plus qu'ils n'ont aucun retour de celles-ci. Il faut donc s'assurer que l'importance de ces données soit retranscrites aux médecins par un retour d'analyses systématique. Ces certificats sont très importants en termes de données de santé. Il faudrait également créer un certificat pour le bilan systématique de dépistage entre 3 et 4 ans.

9) Quelles sont les principales difficultés rencontrées par les professionnels des PMI ?

Cf question 7, 10

10) Quel regard portez-vous sur les modalités actuelles de financement des PMI ?

Les PMI ne pratiquent pas toutes la tarification à l'acte. Il en ressort que l'Assurance maladie ne dispose que de peu de données sur la réalité des actes pratiqués. De nombreuses PMI n'utilisent pas la possibilité de refacturer dans un second temps ces actes. Comment expliquer ces lacunes dans la refacturation des actes ? Comment améliorer la mise en œuvre de cette refacturation qui permettrait de mieux identifier l'activité réelle des PMI mais également de disposer d'un meilleur suivi des populations ayant recours à une PMI ?

Nous proposons des modalités de financement de la PMI articulant logiques de parcours, d'actes et de forfait : les départements se verraient dotés d'un financement dédié par le ministère de la santé (via les ARS + financements CPAM) en fonction de la façon dont ils se situent par rapport à la couverture populationnelle attendue. Il s'agirait d'un "forfait prévention" pour chaque enfant ou chaque femme enceinte suivi.e. Ce forfait serait d'une part indexé sur le taux de couverture atteint par le département pour l'activité socle opposable considérée, et il serait d'autre part affecté d'un coefficient variant selon l'offre qualitative de service proposée par le département : niveau 1 si le département offre un suivi pluriprofessionnel minimum (médecin, puéricultrice, sage-femme, conseillère conjugale et familiale), niveau 2 si le département adjoint des psychologues et des psychomotriciens à cette équipe de base, niveau 3 si le suivi pluriprofessionnel inclut également une ou plusieurs professions telles les éducateurs de jeunes enfants, auxiliaires de puériculture, orthophonistes... Ceci pour atteindre à court terme un ajout de 200 M€ au financement actuel de la PMI (0,1% de la dépense nationale de santé) et pour aller à moyen terme vers 500 M€ portant l'ensemble de la dépense de PMI à 1 Milliard €, en y intégrant le remboursement de l'activité des puéricultrices et des psychologues.

(cf Page 24 du rapport des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant) A préciser que ce remboursement ne doit pas se limiter aux enfants porteurs de handicap. Il doit concerner tous les enfants en PMI (« Rembourser les prises en charge des enfants handicapés en libéral des psychomotriciens, des ergothérapeutes et psychologues cliniciens via un conventionnement avec l'Assurance maladie » (Rapport Taquet p42).

11) Avez-vous d'autres éléments de réflexion ou de préconisations à porter à l'attention de la mission d'information ?

