



Réorganisations des services de PMI Guide pratique



Quand les réorganisations concernant les services de PMI menacent l'exercice de l'ensemble des missions et ne respectent pas le cadre législatif, que faire ?

L'objectif de ce dossier est de permettre aux professionnels de PMI de mener une réflexion pour défendre les modalités d'organisation qui leur permettent d'exercer les missions de prévention et de promotion de la santé des enfants, des jeunes, des femmes et des familles en lien avec les autres services du Conseil général et les partenaires du champ de la santé, conformément aux textes législatifs et réglementaires.



Sommaire

● Introduction	3
● Un rappel des différents modèles théoriques d'organisation	4
● Réorganisations : ce qui pose question	6
● Un cadre législatif d'organisation de la PMI pertinent	8
● Les stratégies de défense d'un exercice plein et entier des missions de PMI et du cadre législatif	13
● Annexes	
1 - Avis de Maître MASSE-DESSEN, avocate en Conseil d'Etat	16
2 - Arrêt du Conseil d'Etat du 27/07/2005 concernant l'organisation mise en place en Dordogne	19
3 - Jugement du Tribunal administratif de Lille du 12/07/2007	21
4 - Textes législatifs et réglementaires	25

Introduction

La plupart des processus de réorganisations s'appuient sur la volonté des élus de rendre plus lisible la politique du Conseil général dans les territoires et de garantir une plus grande proximité des réponses aux différents besoins des usagers tout en favorisant une meilleure complémentarité des actions des différents services chargés de la solidarité au sein du Conseil général (lutte contre les exclusions, développement social local, protection de l'enfance, personnes âgées et personnes handicapées, et santé maternelle et infantile...).

En effet les réorganisations sont souvent précédées d'une phase diagnostique qui peut pointer :

- Le manque de lisibilité de la politique du CG sur le territoire.
- Les circuits de décision allongés par le cloisonnement entre les différents services (PMI, service social, ASE) au niveau central et du territoire.
- L'insuffisance de réflexion partenariale.
- Le manque de concertation entre les intervenants auprès d'une même famille.

Les consultants réalisant ces diagnostics n'analysent pas ou très peu les compétences spécifiques mises en œuvre par les professionnels ainsi que la dimension humaine et éthique de leur travail quotidien.

De surcroît, la dimension santé, représentée par le service de PMI, est souvent assimilée de façon réductrice à l'un des volets de l'action sociale.

L'échelon territorial choisi est variable, celui de "la circonscription" regroupant un ou plusieurs cantons ou celui du "pôle" regroupant plusieurs "circonscriptions".

Certains départements vont au-delà de la réorganisation des interventions de la Solidarité en créant des "Maisons du Département" ou des "agences départementales" regroupant l'ensemble des missions du Conseil Général (finances, sports, culture, routes, collèges, aménagement du territoire, solidarité...), au sein du territoire plus étendu, "le pôle". Il s'agit alors de doter les territoires d'un pouvoir décisionnel élargi au-delà des compétences sociales.



Un rappel des différents modèles théoriques d'organisation

Les politiques et les moyens de les mettre en œuvre se déclinent au service de missions, définies généralement par la loi mais également en grande partie par les orientations de la collectivité.

Les interventions, qui nécessitent des échanges et une coordination, s'exercent dans un cadre territorial. Il faut définir la notion de territoire. Ce terme peut en effet avoir au moins deux sens : d'une part, un sens géographique et d'autre part, un sens fonctionnel, déterminant les compétences.

De quel territoire parle-t-on ? Du département, de l'Etat, de la région, du pays, du canton, de l'arrondissement, de la commune, du quartier ?

La territorialisation nécessite une réflexion plus générale sur les missions et sur le cadre du territoire le plus pertinent pour les accomplir.

● Le modèle dit "vertical"

Il se caractérise par un service (ou une direction) chargé d'un ensemble de missions exercées par des professionnels intervenant sur les territoires. Un lien hiérarchique relie le chef de service porteur des missions aux professionnels de terrain.

Pour les services de PMI, cela correspond à une organisation conforme à l'article L.2112-1 du Code de Santé Publique (CSP).¹

Dans ce modèle, il existe un service de PMI, sous l'autorité et la responsabilité du président du Conseil Général, dont les personnels sont placés sous l'autorité hiérarchique et technique d'un médecin. Cette organisation favorise l'exercice des missions légales et des orientations propres au département en matière de santé maternelle et infantile, en lien avec les autres acteurs de la santé (ARS, hôpitaux, professionnels de santé libéraux...) et ceux de l'action sociale.

● Le modèle dit "horizontal"

Il se caractérise par le regroupement sur un territoire (ville, quartier, canton, regroupement de canton, arrondissement, pays...) de tous les professionnels de terrain chargés de mettre en œuvre les missions du Conseil général

(PMI, social, insertion, protection de l'enfance, personnes âgées, personnes handicapées...) sous l'autorité d'un responsable hiérarchique issu le plus souvent de la filière sociale ou administrative.

Ce modèle est promu dans l'objectif d'accroître la lisibilité de l'action du Conseil général sur un territoire. Les acteurs de terrain sont alors censés bénéficier d'une plus grande autonomie dans l'organisation des moyens et des interventions.

Cette organisation horizontale doit décliner, sur les territoires, les orientations générales de la collectivité, dans le respect des missions réglementaires de chaque service ou direction et en tenant compte des spécificités de chaque territoire. Les professionnels sociaux, éducatifs et de santé doivent gérer à chaque échelon (central et territoire) une négociation autour de ces enjeux.

Dans ce modèle d'organisation "horizontale", il est difficile de rendre cohérente une politique publique de santé sur le département.

Les chefs de service de l'échelon départemental deviennent des conseillers techniques, ils ne sont plus en position d'encadrement hiérarchique.

Cette organisation n'est, pour la PMI, pas conforme au Code de santé publique.

● Le modèle dit "combiné"

En terme d'organisation, il s'agit pourtant pour les professionnels de PMI de gérer une dialectique permanente entre :

- la dimension verticale reposant sur l'existence d'un service ou d'une direction qui garantit la cohérence de l'exercice des missions légales et des orientations propres au département en matière de santé maternelle et infantile,
- et la dimension horizontale contribuant à mettre en place des politiques coordonnées d'action sociale et de santé définies par la collectivité sur un territoire, en organisant une articulation fonctionnelle des différents professionnels de compétences complémentaires dans le champ de la santé, de l'action sociale et de l'accompagnement éducatif.

Cette dialectique peut parfaitement s'incarner dans un troisième modèle qui serait le modèle dit "combiné".

Il est nécessaire de promouvoir dans son principe la prise en compte complémentaire de ces deux dimensions afin de trouver des formes d'organisation combinant le caractère spécifique et spécialisé de l'exercice de la promotion de la santé en PMI avec l'ouverture sur un partenariat de terrain incluant en particulier les aspects sociaux et éducatifs de l'accompagnement des familles.

En tout état de cause, pour que l'exercice des missions de PMI demeure pertinent et cohérent, conformément au Code de santé publique, il ne doit pas y avoir de rupture du lien hiérarchique entre le médecin départemental de PMI et l'ensemble des professionnels de santé de PMI du territoire.

L'argumentation développée ci-après viendra étayer cette nécessité.

¹ - Cet article est détaillé en page 8



Réorganisations : ce qui pose question

Lorsque l'autorité hiérarchique sur le personnel PMI est exercée par un responsable d'un regroupement territorial dans le cadre du modèle "horizontal" (cadre socio-éducatif ou attaché territorial), plusieurs problèmes de coordination et de responsabilité apparaissent selon l'expérience rapportée dans de nombreux départements soumis à ce modèle.²

● **En terme de politique publique de santé du département**, le médecin responsable de PMI reste responsable de la politique PMI du département mais les professionnels de PMI se voient fixer des missions et des priorités d'activité soumises à la décision d'un autre cadre hiérarchique. Ce responsable hiérarchique³ met souvent en avant la gestion des informations préoccupantes pour lesquelles les puéricultrices sont très sollicitées, au dépens des actions de prévention périnatale précoce auprès tant des futures mères que des nouveaux nés. Il n'y a donc pas toujours de cohérence entre les missions de PMI et les interventions réellement menées sur le terrain.

A l'inverse, certaines décisions d'intervention des professionnels de PMI sur des actions locales de santé sont prises par leur responsable hiérarchique, sans concertation avec le médecin du territoire, et les professionnels peuvent ainsi se trouver en porte-à-faux lorsque cette intervention n'est pas en cohérence avec d'autres programmes menés localement ou au niveau départemental.

● **Dans le domaine de la protection de l'enfance**, le médecin départemental de PMI peut ne pas être systématiquement tenu au courant des situations ou de la prise en charge des familles, alors qu'il est investi d'une responsabilité propre et chargé de prendre des mesures dès lors qu'un enfant concerné est connu par le personnel PMI.

Ce sont les termes de l'article L.2112-6 du CSP : "En toute circonstance et particulièrement lors des consultations ou des visites à domicile,

chaque fois qu'il est constaté que l'état de santé de l'enfant requiert des soins appropriés, il incombe au service départemental de protection maternelle et infantile d'engager la famille ou la personne à laquelle l'enfant a été confié à faire appel au médecin de son choix et, le cas échéant, d'aider la famille ayant en charge l'enfant à prendre toutes autres dispositions utiles. Chaque fois que le personnel du service départemental de protection maternelle et infantile constate que la santé ou le développement de l'enfant sont compromis ou menacés par des mauvais traitements, et sans préjudice des compétences et de la saisine de l'autorité judiciaire, le personnel en rend compte sans délai au médecin responsable du service qui provoque d'urgence toutes mesures appropriées. Lorsqu'un médecin du service départemental de protection maternelle et infantile estime que les circonstances font obstacle à ce que l'enfant reçoive les soins nécessaires, il lui appartient de prendre toutes mesures relevant de sa compétence propres à faire face à la situation. Il en rend compte au médecin responsable du service".

Mais dans les organisations "horizontales", les professionnels de PMI s'en remettent parfois uniquement à leur responsable hiérarchique et ils n'ont plus la possibilité d'en référer au médecin de PMI, lorsque ce dernier est relégué à une fonction de conseiller technique.

● **Concernant l'organisation des activités de PMI** (consultations médicales, bilans de santé, visites à domicile, entretiens et accueils ...), le responsable hiérarchique peut arbitrer en faveur d'une autre priorité d'action que celles ayant trait au cœur de métier des professionnels de PMI⁴. La qualité de l'accompagnement médico-social et pluridisciplinaire proposé aux familles et aux enfants n'est plus conforme ni au cadre fixé par le CSP, ni à l'état de l'art des pratiques professionnelles.

● **Concernant le respect du secret médical**, ce devoir spécifique des professionnels du soin est très souvent contesté dans le cadre d'un modèle "horizontal". Le responsable hiérarchique met en avant le partage circonstancié d'informations prévu par la loi de protection de l'enfance de mars 2007⁵, abusivement assimilé à un "secret partagé", et estime qu'il doit être appliqué par les professionnels de PMI (médecins, puéricultrices, psychologues et sages femmes) concernant l'ensemble des informations relatives aux familles, même celles relevant du registre médical et donc soumises au secret médical. La pression mise sur le personnel est parfois importante, la présence du responsable hiérarchique en réunion d'équipe PMI venant entraver la qualité des échanges entre les professionnels.

Pourtant le respect du secret médical et/ou professionnel est la condition première de la confiance entre les personnes et les professionnels de santé.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades rappelle la primauté du secret et le fait que les informations ne peuvent être partagées que si la personne "dûment informée" ne s'y oppose pas et si la continuité de sa prise en charge le nécessite ; l'échange ne concerne que

les professionnels de santé concernés par la situation, connus et autorisés par les personnes.

L'éventuel non respect de la spécificité du travail des professionnels de PMI entraîne deux conséquences :

- le risque de non recours des familles aux professionnels de PMI, par perte de la confiance,
- le non respect du secret médical mettant en faute le professionnel de santé vis à vis de la législation puisqu'il ne peut plus garantir aux personnes le droit de voir préservé la confidentialité de leurs données personnelles de santé.

Cette problématique se retrouve notamment au premier plan dans la question de la mise en place ou de la gestion des dossiers médicaux informatisés, si les procédures d'habilitation et de sécurité ne sont pas garanties.

Concernant spécifiquement le traitement des certificats de santé du jeune enfant, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés a précisé, par délibération du 20 janvier 1987⁶, "que le médecin responsable du service de protection maternelle et infantile dans le département est garant du secret des informations figurant sur les trois séries de certificats de santé (...) ainsi que des données qui en sont issues" et "qu'en particulier, conformément à l'article 75 du code de déontologie médicale, il n'est pas tenu au respect du pouvoir hiérarchique à l'égard des demandes de consultations ou d'utilisation de fichiers qui lui sont formulées par ses supérieurs, dès lors que le secret médical est en jeu".

2 - Des témoignages issus des départements concernés sont consultables sur le site www.snmmpi.org

3 - Ce terme désignera dans l'ensemble du document le responsable de l'unité territoriale, ou le chef de pôle, ou le directeur (cadre socio-éducatif ou attaché territorial) selon les départements

4 - Cela s'est déjà vu avec par exemple la priorité fixée à la puéricultrice de participer au projet d'épicerie sociale du quartier, au détriment de son activité auprès des bébés et dans le soutien parental à domicile ou en consultation.

5 - Ce partage d'information est régi par l'article L. 226-2-2 du code de l'Action sociale et des familles qui prévoit stricto sensu que : "Par exception à l'article 226-13 du code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en oeuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L.112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à

partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en oeuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. (...)"

6 - Délibération CNIL n° 87-001 du 20 janvier 1987 portant recommandation sur les traitements automatisés des certificats de santé du jeune enfant mis en oeuvre par les départements.

Un cadre législatif d'organisation de la PMI pertinent

Le cadre législatif garantit que les interventions des professionnels de PMI (médecins, sages-femmes, psychologues, infirmières-puéricultrices,...) favorisent une approche globale de la santé et la prise en compte de toutes les dimensions des missions de santé des services de PMI, dans le respect du droit des familles.

● Le cadre législatif et réglementaire

Le rapport de l'IGAS sur les services de PMI réalisé en novembre 2006 indique que :

"Le statut de l'activité de PMI tel qu'il figure dans le Code de santé publique est particulier. C'est la seule compétence sanitaire globale qui fasse dans notre pays encore l'objet d'une décentralisation : d'emblée la loi du 18 décembre 1989 énonce qu'il s'agit d'une mission partagée avec l'Etat et les organismes d'assurance maladie. Ce double statut de mission partagée et décentralisée explique que la loi précise non seulement les activités que le service départemental de PMI doit mener mais la façon dont il doit s'organiser sous la responsabilité d'un médecin avec des normes minimales d'activité et de moyens et des exigences de qualification de ses personnels".

L'article L.2112-1 du Code de Santé Publique définit que : "Les compétences dévolues au département par l'article L.1423-1 et par l'article L.2111-2 sont exercées, sous l'autorité et la responsabilité du président du conseil général, par le service départemental de protection maternelle et infantile qui est un service non personnalisé du département.

Ce service est dirigé par un médecin et comprend des personnels qualifiés notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique. Les exigences de qualification professionnelle de ces personnels sont fixées par voie réglementaire".

Le président du Conseil général, chef de l'exécutif départemental, est bien responsable du service de PMI sur le plan juridique, sur le plan financier et sur le plan des orientations politiques.

Le service de PMI doit donc exister et doit être dirigé par un médecin, et comprendre des professionnels qualifiés dans le domaine médical, paramédical, social et psychologique, placés sous la direction de ce médecin.

Par la loi du 5 mars 2007, en confiant de manière réitérée la mission de PMI à un service particulier, dirigé par un médecin⁷, le législateur n'a pas seulement opéré un choix de compétence technique, mais a pris en compte les règles qui président à l'exercice de la profession médicale et des autres professions de santé.

La loi a pour objectif d'apporter de réelles garanties à la santé publique. Elle permet de respecter la confidentialité des documents médicaux reçus par le médecin chef de service, documents qui sont des outils de travail. Elle permet également les liaisons avec la médecine libérale et hospitalière. Elle est le garant d'une spécificité professionnelle et permet donc d'élaborer une politique de santé départementale. Mais le médecin qui dirige le service n'est pas un médecin libéral, il est un fonctionnaire qui exerce ses fonctions au regard de la responsabilité et du choix des élus.

Le pouvoir d'organisation du service de PMI par le président du Conseil général, prévu par la loi, s'inscrit dans un cadre qui :

- respecte un principe d'unicité du service de PMI,
- confie la direction du service de PMI à un médecin,
- prévoit certaines attributions dont dispose en propre le médecin responsable (enfance en danger, contrôle des modes d'accueil, déclarations de grossesse, certificats de santé, avis de naissance, actes de décès)⁸.

● Les activités des services de PMI

Le service de PMI est un service de prévention dont les deux dimensions, promotion et protection de la santé familiale et infantile, doivent être conçues de façon globale, dynamique et interactive.

Le cadre des interventions est défini par les articles du CSP. La loi du 5 mars 2007, en inscrivant certaines interventions du service de PMI dans le code de l'Action sociale et des familles précise simplement le rôle de la PMI dans le domaine de la prévention et de la prise en charge des enfants en danger ou en risque de l'être.

● Les objectifs d'un service de PMI

Ils peuvent se décliner ainsi :

- assurer les missions de PMI définies dans la loi et mettre en œuvre les orientations de la collectivité dans ce domaine,
- contribuer à promouvoir la santé de la population,
- contribuer à réduire les inégalités sociales et géographiques d'accès aux soins et à la santé,
- être porteur d'une dimension collective de promotion de la santé.

● Les principes d'action qui reposent sur des normes légales⁹

Ils sont au nombre de cinq.

1 Développer des actions de santé accessibles à tous

Les interventions préventives des professionnels de PMI s'adressent à la population générale, sans discrimination, et prennent en compte l'ensemble des facteurs influençant la santé et le bien-être des enfants, des familles, des personnes. Les professionnels de PMI doivent s'adresser à tous (jeune, mère, père, enfant) avec une vigilante attention, tout en proposant spécifiquement un accompagnement pour les personnes qui vivent des situations de vulnérabilité les fragilisant dans les soins et les interactions avec leurs enfants.

L'ensemble des professionnels de PMI doit garantir aux familles, le respect de la confidentialité de leurs données de santé.

Le partage des informations à caractère secret ne doit se faire que sous trois conditions¹⁰ :

- l'accord de la personne concernée,
- l'utilité pour la qualité et la continuité de la prise en charge,
- entre professionnels de santé participant à la prise en charge.



7 - Article 1^{er} de la loi n°2007-293 du 5 mars 2007

8 - Les principaux textes législatifs et réglementaires sont rassemblés dans l'annexe 4.

9 - Voir l'annexe 4 consacrée aux textes légaux.

10 - Hormis les dérogations prévues notamment dans le cadre de la protection de l'enfance, cf. note 5

2 Définir et promouvoir une politique de santé de qualité adaptée aux besoins

- Définition des besoins et détermination des priorités d'intervention.

Le Code de santé publique (CSP) prévoit que le médecin directeur de la PMI, en s'appuyant sur les dimensions techniques et déontologiques de sa formation, contribue à concevoir la politique de santé départementale de PMI auprès du président du Conseil général et en garantit la mise en œuvre.

Le dispositif de PMI est un dispositif financé par l'Etat au titre de la dotation globale de décentralisation et par l'Assurance-maladie. Le remboursement par l'Assurance-maladie des consultations médicales (médecins, sages-femmes) au moyen des feuilles de soins électroniques ne peut exister que parce que le responsable du service est un médecin.

L'art L.2112-1 du CSP précise que le service de PMI est dirigé par un médecin investi de responsabilités spécifiques telles que la réception des déclarations de grossesse, des avis de naissance et des certificats de santé, le contrôle des Centres de Planification et d'Education Familiale et des modes d'accueil, des mesures concernant l'enfance en danger, qu'il ne peut déléguer qu'à un autre professionnel de santé qualifié de son service.

L'art. L.2112-2 alinéa 5 du même code indique que "le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique doit être organisé par le service".

L'art. L.2132-3 décrit la remontée vers le ministère de données issues des certificats de santé.

L'art. R.2112-8 définit les états statistiques, les activités du service de PMI et la situation sanitaire au titre de la PMI qui doivent être transmis au Préfet.

- Exigence de qualification des professionnels

L'encadrement par le médecin directeur doit garantir le maintien et le développement de la compétence technique spécifique dans le domaine de la santé des professionnels de PMI afin de permettre la meilleure efficacité en complémentarité et en coordination avec les professionnels de l'action sociale du département.

Pour faire face à la multiplicité et à la complexité des missions du Conseil général dans le domaine de la santé, la législation prévoit de faire appel à un personnel hautement qualifié et spécialisé (formations initiales spécifiques).

Ainsi, les médecins territoriaux exerçant en PMI dans l'un des trois domaines (planification, pré et postnatal, infantile), sont des médecins ayant des responsabilités cliniques qui ont une formation médicale de base, généraliste ou spécialiste, et doivent maintenir un haut niveau de technicité.

Ce sont des médecins ayant une mission spécifique dans le domaine de la santé de la famille, de l'enfance, des jeunes et des futurs parents, qui ont besoin d'une formation spécifique quant à la démarche préventive.

Cependant cette formation initiale bien qu'indispensable est insuffisante, une spécialisation et une adaptation à l'emploi doivent la compléter.

La formation d'adaptation à l'emploi doit porter sur les deux axes de la profession de médecin territorial exerçant dans un service de PMI, c'est-à-dire comporter une composante professionnelle (médico-psycho-sociale et de santé publique) et une composante administrative sur la connaissance de la fonction publique territoriale.

De plus la formation continue régulière est indispensable, portant sur des thèmes en lien avec les différents aspects de l'exercice professionnel en PMI.

D'autre part les médecins de PMI travaillent avec des professionnels de compétences diverses. Ainsi l'exercice en PMI des puéricultrices renvoie à l'article R.4311-11 du décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier : "suivi de l'enfant dans son développement et ses lieux de vie, alimentation, dépistage et prévention précoce des inadaptations et handicaps". Cette spécificité du métier en fait des professionnels de santé et non des professionnels du champ social.

Enfin il faut aussi anticiper l'évolution de la démographie des professionnels de santé, prendre en compte les besoins nouveaux et prévenir l'usure professionnelle :

- par l'organisation du soutien technique départemental (conseillers techniques, réunions d'expertise au niveau central, réunions métier...) et local,
- par la mise en place de groupes d'analyse des pratiques...

- Adaptation des réponses à chaque situation

Les professionnels de santé du service de PMI ont leur responsabilité et leurs compétences propres qui leur permettent de prendre en compte chaque situation de façon adaptée et singulière sans être limités par des protocoles pré-établis. En effet, la prévention ne se réduit pas au dépistage de risques pré-identifiés, l'accompagnement de l'enfant et de ses parents doit s'adapter à chaque situation, aux difficultés "habituelles" du développement. Cette adaptation nécessite la prise en compte du temps nécessaire à l'analyse d'une situation mais aussi à la réflexion menée en commun, au "penser ensemble" qui contribue à une éthique de l'action.

Dans tous les cas les professionnels doivent s'appuyer sur les compétences parentales qu'ils cherchent à développer y compris dans les situations d'enfants en danger ou en risque de danger.

3 Favoriser l'interdisciplinarité et développer les partenariats

La PMI ne se réduit pas aux actions que mène le service de PMI du département.

Le Conseil général doit impulser, à partir du service de PMI, une politique départementale visant à améliorer l'état de santé des mères, des jeunes enfants, des femmes et des jeunes du département, à laquelle concourent de multiples intervenants : médecins traitants, services hospitaliers de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique, maternités, école maternelle et primaire (santé scolaire et psychologues scolaires au sein des RASED notamment), services sociaux, aide sociale à l'enfance, inter-secteurs de pédopsychiatrie, maisons des adolescents, services d'aide à domicile...

4 Favoriser la précocité et la spécificité d'intervention en périnatalité

Les professionnels du service de PMI doivent intervenir au plus tôt, dans le respect de la demande et des rythmes des femmes, des enfants, des parents, pour être le plus efficace possible et être présent pour tous dans les périodes vulnérables de la vie (grossesse, naissance, premiers mois).

Les professionnels de PMI sont à ce titre des acteurs incontournables des réseaux de santé périnataux afin de garantir le meilleur accès aux soins de l'ensemble de la population.

5 Développer des actions collectives de promotion de la santé

Certaines démarches collectives d'éducation pour la santé, dans le domaine de la planification sont inscrites dans le Code de santé publique. Ce sont par exemple les actions collectives organisées dans les collèges par les professionnels des centres de planification autour de la sexualité.

Les groupes de parole, d'échange, favorisent la mutualisation des savoirs des parents, des jeunes et des professionnels pour susciter le questionnement, les apprentissages mutuels, la reconnaissance de l'autre.



● La place des médecins dans la mise en œuvre de la compétence santé du conseil général

● **Le médecin directeur de la PMI** est garant de la mise en œuvre cohérente de la politique de santé maternelle et infantile et de l'égal accès à ses services au plan départemental.

Le niveau central joue un rôle d'interface avec les partenaires extérieurs des échelons départemental et régional, avec les acteurs du système de santé dans le domaine pédiatrique et gynéco-obstétrical.

Les priorités d'orientation doivent être définies par le niveau central. Il définit les priorités des choix de travail pour l'ensemble des professionnels du département.

S'il devait y avoir autant de priorités que de territoires ou de pôles, il n'y aurait plus d'égalité d'accès aux soins préventifs de PMI et donc des conflits seraient inévitables.

Cependant les priorités définies par le niveau central doivent être adaptées à chaque territoire, en fonction de la réalité locale.

Le médecin directeur définit une politique de santé cohérente, applicable, appuyée sur la réalité du terrain, avec l'ensemble des professionnels et prenant en compte le point de vue des partenaires. Il s'assure de l'effectivité de la continuité du service public de PMI à l'échelon départemental et territorial.

Il élabore le plan de formation. Il doit développer une vision prospective pour continuer à faire respecter l'ensemble des missions.

Il est chargé d'organiser chaque année une réunion de présentation des données statistiques concernant la santé de la mère et de l'enfant. Il a un rôle de veille et d'alerte, il doit disposer d'un retour d'information du terrain. Il est garant du respect du secret médical dans le cadre des activités du service (cf. page 7).

Il "dirige le service de PMI" (loi du 5 mars 2007), c'est-à-dire qu'il est investi de la responsabilité technique et hiérarchique des médecins, des sages-femmes, des puéricultrices, des infirmières, des psychologues, des psychomotriciennes, des éducatrices de jeunes enfants, des auxiliaires de puériculture, des conseillères conjugales, des secrétariats,...

La direction effective d'un service ne peut en effet s'exercer sans l'exercice plein et entier de l'autorité hiérarchique qui englobe les dimensions techniques et administratives, ce que les divers arrêts des juridictions administratives ont constamment rappelé (cf. les annexes 2 et 3).

A cet égard, la loi du 5 mars 2007 qui a reformulé l'article L.2112-1 du CSP en indiquant que "le service de PMI est dirigé par un médecin" (ancienne formule: "placé sous la responsabilité d'un médecin"), loin de l'affaiblir, a confirmé au contraire l'autorité hiérarchique du médecin sur les personnels de PMI.

● **Le médecin de PMI de circonscription** travaille en lien avec les puéricultrices, les sages-femmes, les psychologues, les médecins, éventuellement les autres professionnels de l'équipe de PMI, qui rencontrent les familles et les enfants à domicile ou en consultation.

Sur son territoire, il peut développer une vision globale des besoins des familles, de l'offre de soins de PMI et de planification familiale, des modes d'accueil (assistantes maternelles, établissements et services d'accueil de la petite enfance, accueil de loisirs maternels, école maternelle), des situations d'enfants en danger...

Il élabore l'état des lieux et organise l'offre de soins préventifs locaux qu'il fait remonter au niveau central afin de prendre en compte les besoins spécifiques du territoire et de concevoir les ajustements de la politique de PMI départementale aux réalités du terrain.

Il coordonne les actions de santé avec l'action sociale au plan local.

Les stratégies de défense d'un exercice plein et entier des missions de PMI et du cadre législatif

Quels sont les moyens pour mobiliser les professionnels de PMI et défendre le principe de l'unicité du service de PMI s'il est mis en cause lors des processus de réorganisation des services départementaux ?

Chaque situation est particulière et le cadre qui suit est à adapter au cas par cas.

● Les différentes étapes de la mobilisation

1 - Se rapprocher des autres syndicats pour partager les enjeux et connaître leur analyse, et pour envisager des modes d'action communs, il est très rare qu'une réorganisation n'impacte que le service de PMI.

2 - Réunir tous les professionnels du service de PMI pour réfléchir collectivement à l'organisation proposée, pour en comprendre les enjeux.

3 - Construire avec les professionnels l'argumentation permettant de faire apparaître la spécificité du service de PMI lors des réunions de concertation en vue de la réorganisation, spécificité compatible avec le modèle vertical et le modèle combiné exposés précédemment pages 4 et 5, mais incompatible avec un modèle strictement horizontal.

4 - Dans les instances de concertation préciser la pertinence des modèles vertical ou combiné pour permettre l'exercice plein et entier des missions de PMI, conformes avec le cadre législatif et réglementaire, et rappeler l'avis du Conseil d'Etat et des diverses juridictions administratives (voir annexes 2 et 3).

5 - Essayer de fédérer l'ensemble des professionnels du service de PMI (médecins, sages-femmes, puéricultrices, psychologues...) dans le cadre d'intersyndicales si c'est possible, ou en se constituant en association ou de façon informelle.

6 - Demander un rendez-vous à votre (vos) directeur(s) administratif(s) concerné(s) qui porte(nt) la réorganisation (dont le supérieur hiérarchique direct du médecin responsable du service de PMI).

7 - Si la démarche se révèle infructueuse, un entretien peut être demandé au président du Conseil général soit au nom des professionnels concernés, soit en intersyndicale ou en tant qu'association.

8 - Si toutes ces actions ont échoué, et que le dossier de réorganisation est passé en instance paritaire (CTP où siègent les syndicats) et que l'assemblée départementale a délibéré, les délais de recours démarrent. Les délais démarrent dès qu'une décision est prise. Il faut donc être très vigilant sur l'existence éventuelle d'autres décisions, affichées ou communiquées. Normalement il y a une publication dans les actes administratifs du département. Il faut être très vigilant, car c'est à partir de ce moment que courent les délais. S'il s'agit d'autres décisions, notifiées ou affichées, il faut s'en préoccuper immédiatement et en analyser la portée.

9 - Un courrier de recours gracieux doit être envoyé dans les deux mois au président du Conseil général avec une demande clairement exprimée, en recommandé avec accusé de réception.

10 - En l'absence de réponse écrite dans les 2 mois (il faut pouvoir disposer de la date de réception de la demande) cela équivaut à une décision implicite de rejet.

11 - Il faut alors envisager de saisir le Tribunal administratif avant le terme des 2 mois qui suivent cette décision implicite de rejet. Sinon le délai de saisine du Tribunal administratif est de 2 mois après la réponse du Président du Conseil général. Il faut solliciter le soutien d'un juriste spécialisé dans ce type de recours.

12 - En cas de constitution en association, il faut savoir anticiper et faire attention à ce que les statuts de l'association précisent les conditions de recours gracieux et de recours contentieux.

13 - Plusieurs médecins peuvent également saisir le Tribunal administratif ensemble sans être constitués en association.

14 - Rappel fondamental : c'est à ce stade que "La détermination de l'acte attaqué (c'est à dire la décision d'organisation non conforme à la loi) est un élément essentiel du succès des procédures envisagées". L'avis d'un juriste est souhaitable dès ce stade.

Ecueil à éviter : lors des recours auprès des Tribunaux administratifs, ne pas oublier de demander que des indemnités soient versées par le département en cas de non application de la décision de l'autorité administrative si cette décision est en faveur des requérants.

.....
En annexe se trouve l'avis de Maître Masse-Dessen, avocate en Conseil d'Etat, l'arrêt du Conseil d'Etat du 27 juillet 2005 et le jugement du Tribunal administratif de Lille du 12 juillet 2007.
.....

11 - ASH n°2396 du 25/02/2005

Conclusion

Pierre SAVIGNAT, Maître de Conférences à l'Université de Grenoble (Management des politiques sociales) défend la spécificité du champ social : "Dans le champ social et médico-social nous ne nous trouvons pas dans une logique de type linéaire, mais de type triangulaire, dans laquelle l'institution (à travers ses missions, ses valeurs, son projet, son organisation et son mode de fonctionnement), les personnels (à travers leurs différentes qualifications, leurs cultures et leurs positionnements réciproques) et les usagers (à travers leur histoire singulière) interagissent. Dans ce cadre les objectifs ne relèvent ni d'une logique de marché, ni d'une simple logique de "satisfaction du client" mais d'une transaction impliquant les trois sommets du triangle"¹¹.

Cette spécificité définie pour le champ social s'applique aussi au champ de la promotion de la santé. Toute organisation doit prendre en compte cette logique triangulaire.

Les réorganisations ne doivent pas mettre en danger l'exercice des compétences en santé familiale et infantile du Conseil général.

En effet, la compétence des professionnels de santé et leur culture de métier, diluées dans une entité à vocation d'action sociale prédominante, ne seraient pas utilisées à bon escient avec pour conséquence :

- pour les professionnels de PMI une perte progressive de leurs connaissances spécifiques, de leur savoir-faire acquis, une banalisation de leur expérience propre et donc une perte d'efficacité dans le domaine de la santé ;
- pour les enfants, les familles, les femmes et les jeunes, un appauvrissement des réponses spécifiques à leur demande de soins préventifs de santé primaire, pesant défavorablement sur les conditions de développement des enfants et de la parentalité, sans oublier les conséquences possibles sur le plan social ou de la protection de l'enfance, pour certains d'entre eux.

La loi, prenant en compte le double statut de mission partagée avec l'État et les organismes d'Assurance-maladie et de compétence décentralisée précise la façon dont le service départemental de PMI doit donc s'organiser sous la direction d'un médecin sans dissociation du technique et du décisionnel.¹²

L'IGAS a bien identifié le risque de déroger à ce principe : "De fait, sur le terrain, des solutions pragmatiques ont émergé et la tension structurelle du service de PMI entre son rattachement à la sphère sanitaire et son insertion dans l'action sociale du département n'est pas un obstacle à un fonctionnement quotidien efficace. Mais la prééminence de la mission sociale des départements ne cesse de s'affirmer avec la montée en puissance de leurs nouvelles compétences (...) dont les conséquences budgétaires sont lourdes [ce qui] marginalise quelque peu la PMI dans les préoccupations des Conseils généraux. [Cela] renforce le risque de dilution de la PMI dans le service social avec, pour effet, l'utilisation de ses ressources pour traiter des questions d'urgence sociale, au risque de négliger la prévention médico-sociale en direction des femmes enceintes et des jeunes enfants".¹³

Au regard des missions inscrites dans la loi du 18 décembre 1989 et reprises dans la loi relative à la protection de l'enfance du 5 mars 2007, les organisations fonctionnelles doivent donc, pour répondre à la demande spécifique de prévention santé, conjuguer la dimension verticale du service de PMI et la transversalité nécessaire pour s'adapter aux territoires, décroiser les interventions et fournir des réponses de proximité les plus pertinentes, tout en respectant les devoirs des professionnels et les droits des usagers.

12 - cf. arrêt du Conseil d'Etat du 27 juillet 2005

13 - Etude sur la protection maternelle et infantile en France - Rapport IGAS novembre 2006

En terme d'organisation, il s'agit donc de gérer une dialectique permanente entre :

- la dimension verticale, c'est-à-dire l'existence d'un service de PMI, dirigé par un médecin, garantissant l'organisation des compétences nécessaires à l'exercice des missions spécifiques de PMI ;
- et la dimension horizontale, c'est-à-dire une articulation fonctionnelle étroite des compétences complémentaires dans le champ de la santé, de l'action sociale et de l'accompagnement éducatif par territoire.

Il faut donc inventer et construire des formes d'organisation basée sur le savoir-faire, sans hiérarchisation des métiers et des sphères d'activité (santé, social), mais qui prennent en compte leurs apports différents et complémentaires, dans le respect de l'identité professionnelle de chaque intervenant et des demandes différenciées et spécifiques des personnes.

Dans les débats autour des projets de réorganisation, c'est le sens de nos interventions auprès des personnes, des enfants, des jeunes et des familles, qui devrait être au centre de toute réflexion.



Avis de Maître MASSE-DESSEN, Avocate en Conseil d'Etat

SNMPMI COLLOQUE 2007

(Actes du XXXIII^{ème} colloque, p. 153)

Samedi 1^{er} décembre 2007

Les observations qui vont suivre reflèteront le point de vue d'une juriste, conseil du syndicat. Ils n'ont donc pas pour objet de définir le souhaitable, mais de décrire aussi exactement que possible quelle organisation des services est licite, dans le cadre légal actuel.

En d'autres termes, il s'agit de rechercher quelle organisation la loi prévoit, laquelle elle impose, laquelle elle exclut.

Cette distinction détermine la stratégie : si l'organisation qui est souhaitée est conforme à la loi, qui en autorise aussi d'autres, l'administration peut la mettre en place, mais n'y est pas tenue ; si elle est exigée par la loi, l'administration doit la mettre en place, et peut y être contrainte par les voies de droit. Si elle n'est pas conforme à la loi, elle ne pourrait légalement être mise en œuvre qu'au prix d'une modification de la loi.

Nous admettons que la PMI est un service public, universel, confié à des médecins et personnels de santé, et qui est investi d'une mission. Cette mission s'exerce dans le cadre de ce qu'il est convenu d'appeler des "territoires".

Arrêtons-nous un instant sur chacun de ces termes.

La PMI est un service, un organe de l'administration. Elle agit donc dans le cadre d'une politique qui est nécessairement définie par les responsables à qui il appartient de gérer les conflits entre les différents acteurs et de définir les orientations de l'action. Elle est un élément de l'administration publique.

Ce service est exercé par des médecins et des personnels de santé qui ont une déontologie dont il a été parlé par ailleurs, et qui sont tenus au secret professionnel. Cette déontologie impose des limites aux exigences décidées par les responsables politiques et administratifs, notamment, et leur est opposable.

Les politiques et les moyens de les mettre en œuvre se déclinent au service d'une mission. Celle-ci, est définie généralement par la loi et est déclinée par les politiques. La mission est une mission à long terme qui nécessite des organisations permanentes, résistant aux contraintes des seules urgences qui se produisent chaque jour. Car la PMI, comme il a été fortement souligné au cours des débats, perd son âme si elle renonce à l'aspect permanent de son action.

L'action s'exerce avec des outils qui nécessitent des échanges et une coordination et dans un cadre territorial.

Il faut alors s'arrêter un instant et définir le territoire. Ce terme peut en effet avoir au moins deux sens : d'une part, un sens géographique et d'autre part, un sens fonctionnel, déterminant les compétences.

De quel territoire parlons-nous en effet quand nous parlons de territorialisation ?

Les tableaux commentés par M. WENDLING font ainsi allusion à une centrale, qui, dans ses explications, se situe au niveau du département. Les "territoires" sont alors le département et ses démembrements.

Mais on peut aussi remonter d'un échelon. La centrale pourrait alors être la région, voire l'État, voire plus haut encore car les politiques de santé ne se définissent pas au seul niveau d'un État. La centrale pourrait être l'Europe, elle pourrait être l'OMS. Il ne peut en effet être considéré comme acquis et inéluctable que la politique de territorialisation ne concerne que le niveau infra-départemental, la compétence en la matière étant nécessairement une compétence purement départementale.

Ainsi, certaines des contraintes envisagées peuvent mieux trouver une solution à un autre niveau que le département ou le démembrement de département. Il peut en être ainsi des méthodes d'évaluation, de la nature des contacts avec les élus qui ne sont pas les mêmes selon les niveaux. De même, le choc décrit par certains intervenants entre la politique départementale et celle nécessaire sur le petit territoire défini n'est pas différent du choc, bien connu de l'administrateur territorial, entre la politique définie au sein de son département et les politiques régionales, nationales et au delà.

La logique du débat de la territorialisation, ne peut pas ainsi se limiter au toujours plus petit. La territorialisation nécessite une réflexion plus générale sur les missions et le territoire le plus pertinent pour les accomplir. En plus vaste comme en plus étroit.

Quel est, à cet égard, l'état du droit ?

Le cadre légal actuel définit le champ des compétences, et il a évolué.

Créée à l'origine comme un service à compétence nationale, la PMI est devenue, par l'effet de la loi de décentralisation une compétence départementale. Le département est responsable du service de PMI et en assure le financement.

L'article L.123-1 du Code de l'Action sociale et des familles a ainsi décidé que "le département est responsable des services suivants et en assure le financement : (...) 3° le service de protection maternelle et infantile".

L'article L.148 du code de la santé publique (qui a été codifié à l'article L.2112-1 du code de la santé publique) a été ainsi libellé : "Les compétences dévolues aux départements sont exercées sous l'autorité du président du Conseil général par le service de Protection maternelle et infantile qui est un service non personnalisé du département. Ce service est placé sous la responsabilité d'un médecin et comprend des personnels qualifiés, notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique. Les différentes qualifications professionnelles sont fixées par voie réglementaire".

Il résultait de ce texte, tel qu'il a été interprété par les juges administratifs, que le service de PMI doit être dans son ensemble, en tant que service non personnalisé du département, sous la responsabilité d'un médecin.

Sur la base de ce texte, ont donc pu être remises en cause un certain nombre d'organisations qui faisaient disparaître le service. Ces configurations ont pu être très variées : elles se caractérisaient essentiellement par une dilution, à des degrés divers, de la PMI dans d'autres actions sur un territoire, que ce soit le département en entier ou des territoires plus petits, la problématique étant à cet égard identique quel que soit le niveau.

Cette dilution pouvait être consacrée par des compétences multiples, ou par des systèmes hiérarchiques diversifiés. Le personnel de PMI n'était plus compris dans une organisation dépendant spécifiquement du médecin de PMI au niveau considéré ou au niveau supérieur.



Ces organisations, lorsqu'elles ont été contestées devant les juges, ont été jugées illégales - par des décisions diverses, nombreuses et assez peu différentes les unes des autres rappelant à la responsabilité du médecin sur l'organisation de la PMI et à la nécessaire unité du service sous la responsabilité du médecin¹⁴. Il s'agissait donc d'organisations que la loi considérait comme insusceptibles de permettre l'exercice de la mission spécifique de la PMI. Celles qui ont été maintenues, pouvaient être l'objet de contestations de cette nature. Ces organisations sont de celles qui pouvaient être contestées, sans aucun changement légal, par un rappel aux contraintes fixées par la loi.

C'est dans ce contexte qu'est intervenue la modification législative résultant de la loi du 5 mars 2007. Le nouveau texte décide que les compétences dévolues au département en la matière sont "exercées, sous l'autorité et la responsabilité du président du Conseil général, par le service départemental de la protection maternelle et infantile qui est un service non personnalisé du département. Ce service est dirigé par un médecin et comprend des personnels qualifiés, notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique....".

Ce texte modifie-t-il les normes d'organisations ? Il ne semble pas. Certes, les compétences sont désormais exercées "sous l'autorité et la responsabilité du président du Conseil général".

Mais quant à l'organisation, le service reste un service non personnalisé du département. Et il reste dirigé par un médecin, sous la direction duquel se trouvent les personnels qui le composent.

Y a-t-il grand changement ? Il doit toujours exister un service propre. Le service est toujours dirigé par un médecin. Les personnels qualifiés sont toujours dans le service dirigé par un médecin. Seul a disparu le mot "responsabilité" ? Mais a-t-on pu jamais penser un seul instant que le président du Conseil général n'était pas responsable d'un service non personnalisé de son département ? Il l'était à l'évidence, le département étant responsable en application de l'article L 123-1 du Code de l'Action sociale, et le médecin chef du service de PMI étant, nul ne le conteste, un fonctionnaire soumis à l'autorité du Président du Conseil général, sous les réserves de sa compétence professionnelle et de sa déontologie, comme tout médecin salarié. Il n'a jamais été soutenu par personne que le service de PMI était entièrement autonome du département. Le président du Conseil Général, chef de l'exécutif départemental est évidemment responsable de la PMI sur le plan juridique, sur le plan financier et sur le plan de la politique d'orientation. Entendons-nous sur ce que l'on appelle responsabilité. Tout agent public détient une responsabilité dans le cadre de sa compétence. Le fait de rappeler que le président du Conseil général est responsable d'un service non personnalisé de son département, relève, il faut l'avouer, de la tautologie.

Il demeure que le service existe, qu'il doit exister et qu'il doit être dirigé par un médecin et comprendre des personnels qualifiés dans le domaine médical, paramédical, social et psychologique sous la direction de ce médecin. Et si on confronte les motifs des décisions de justice citées plus haut à ce nouveau texte, on peut très sérieusement soutenir que les organisations condamnées l'auraient été tout autant puisque la dilution du service, hors la direction d'un médecin, reste proscrire. Les principes d'organisation ne sont donc pas modifiés. Le rappel de la responsabilité de l'exécutif départemental n'ajoute, ni n'enlève rien.

À partir de ces principes de base, il est possible de décliner toutes les variations d'organisation possibles. Mais si on sort de cette définition, si l'organisation mise en place ne respecte pas ces principes de base, elle peut être utilement contestée. A vouloir s'en écarter, les collectivités sortiraient de la légalité actuelle, sauf à voir modifier les textes applicables. Et ce n'est pas ce que proposait le rapport de l'IGAS. Ce rapport, en effet, rappelait la nécessité que la PMI relève d'une orientation et d'une organisation spécifiques.

Il reste à l'évidence, mais dans ce cadre, et dans ce cadre seulement, à définir le niveau de responsabilité de chacun dans l'organisation du service. L'orientation générale est évidemment définie par l'administration et par les élus. Les métiers ont à définir ce qui relève de leur compétence propre et notamment à faire respecter, non seulement leurs compétences techniques, mais aussi, ce qui n'est pas moindre, leur déontologie. Tous les concepts introduits par les textes récents, comme par exemple la notion de secret partagé ou les règles de circulation de l'information, doivent se décliner dans ce cadre, non pas d'une manière théorique mais d'une manière pratique, en fonction d'une mission et en fonction de la déontologie.

Pour sortir de l'abstraction, on peut affirmer qu'en confiant de manière réitérée la mission de PMI à un service particulier, dirigé par un médecin, le législateur n'a pas seulement fait un choix de compétence technique, mais a pris en compte les règles qui président à l'exercice de la profession médicale. Mais le médecin qui dirige le service est et reste un fonctionnaire. Il n'est pas un médecin libéral. Il exerce aussi ses fonctions au regard de la responsabilité et des choix des élus. Il a donc des comptes à leur rendre de ce point de vue de la même façon que tous les médecins fonctionnaires attachés à d'autres tâches de prévention ou même des tâches de soins. Le rappel à la loi qui a été fait en 2007 peut aussi ramener à ce principe. Le service de PMI est nécessairement inclus dans des règles d'action collective définie par la politique départementale et au-delà.

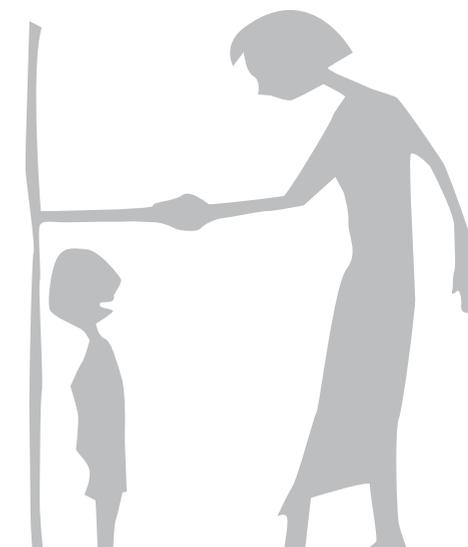
Entre ces deux exigences, et au-delà des inévitables conflits qu'elles génèrent, il reste que l'organisation du service de PMI ne peut en aucun cas, au nom d'impératifs quels qu'ils soient, énoncés en termes d'effectivité, proximité, cohérence, tous objectifs qui sont parfaitement légitimes, remettre en cause le principe posé que la PMI est un service propre dirigé par un médecin.

Ce principe permet justement de ne pas diluer son action à long terme dans une action à court terme, ou poursuivant d'autres objectifs légitimes. Il appartient à chacun, là où il se place, de faire en sorte qu'il soit respecté.

Voilà ce que peut dire un juriste, en l'état du droit.

14 - TA Saint Denis de la Réunion 4 nov 1998, CAA Bordeaux 9 juillet 2001, Département de la Haute Garonne, TA Orléans 26 mars 2002 Mme ECHARD BEZAULT et a, TA Montpellier 2 décembre 2003, Mme ANIORT et a, CAA Nantes 4 décembre

2003 Département du Finistère, CE 27 juillet 2005, Département de la Dordogne TA Versailles 8 juin 2006, Mme CARA DENOUX et a, etc.



Arrêt du Conseil d'Etat du 27 juillet 2005

Références

Conseil d'Etat statuant au contentieux

N° 263500 - Inédit au recueil Lebon

Texte intégral

Vu la requête sommaire et le mémoire complémentaire, enregistrés les 13 janvier et 13 mai 2004 au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat, présentés pour le DEPARTEMENT DE LA DORDOGNE, représenté par le président du conseil général ; le DEPARTEMENT DE LA DORDOGNE demande au Conseil d'Etat :

1° - d'annuler l'arrêt du 13 novembre 2003 par lequel la cour administrative d'appel de Bordeaux a annulé la note de service n° 423 du 25 mai 1993 du directeur départemental de l'enfance, de la famille et des actions de santé et du directeur départemental des personnes âgées, des handicapés et de l'insertion relative à la nouvelle organisation en unités territoriales du service de protection maternelle et infantile ;

2° - de mettre à la charge de l'association des personnels concourant à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile de la Dordogne le versement d'une somme de 3 000 euros en application des dispositions de l'article L.761-1 du code de justice administrative.

Vu les autres pièces du dossier.

Vu le code de la santé publique.

Vu la loi n° 89-899 du 18 décembre 1989.

Vu le code de justice administrative.

1^{ère} et 6^{ème} sous-sections réunies

M. Stirn, président

M. Luc Derepas, rapporteur

M. Stahl, commissaire du gouvernement

SCP PEIGNOT, GARREAU ;

SCP MASSE-DESSEN, THOUVENIN, avocats

Lecture du mercredi 27 juillet 2005

REPUBLIQUE FRANCAISE

Au nom du peuple français

Après avoir entendu en séance publique :

- le rapport de M. Luc Derepas, Maître des Requêtes,
- les observations de la SCP Peignot, Garreau, avocat du DEPARTEMENT DE LA DORDOGNE et de la SCP Masse-Dessen, Thouvenin, avocat de l'association des personnels concourant à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile de la Dordogne,
- les conclusions de M. Jacques-Henri Stahl, Commissaire du gouvernement.

Considérant qu'en vertu de l'article L.148 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la loi du 18 décembre 1989, devenu l'article L.2112-1 du même code, les compétences dévolues au département en matière de protection maternelle et infantile sont exercées, sous l'autorité du président du conseil général, par le service départemental de protection maternelle et infantile qui est un service non personnalisé du département, placé sous la responsabilité d'un médecin et comprenant des personnels qualifiés notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique (...).

Considérant qu'il ressort des pièces du dossier soumis aux juges du fond que, par une note de service n° 423 en date du 25 mai 1993, le DEPARTEMENT DE LA DORDOGNE a procédé à la réorganisation du service de protection maternelle et infantile par la mise en place de huit unités territoriales déconcentrées ; que la note en cause ne prévoit le maintien d'une autorité du médecin-chef du service départemental de protection maternelle et infantile que sur les médecins affectés dans les unités territoriales, qualifiés de référents techniques et conseillers techniques des autres personnels accomplissant les missions de la protection maternelle et infantile ; qu'elle précise que ces derniers sont placés sous l'autorité d'un responsable d'unité territoriale, chargé, entre autres, de l'encadrement du personnel et de sa gestion, y compris par un pouvoir de proposition de la notation ; que, dans ces conditions et alors qu'il est constant que ce responsable d'unité territoriale n'est pas un médecin, la cour administrative d'appel de Bordeaux, en estimant que, du fait de la mesure de réorganisation contestée, les personnels chargés des missions de protection maternelle et infantile, à l'exception des médecins affectés dans les unités territoriales, n'étaient plus sous l'autorité hiérarchique du médecin-chef du service départemental de protection maternelle et infantile n'a pas méconnu la portée de la note attaquée ; que la cour, qui, contrairement à ce que soutient le département requérant, a examiné la nature des missions confiées aux responsables d'unité territoriale, a pu en déduire, sans commettre d'erreur de droit, que la nouvelle organisation mise en place n'était pas conforme aux dispositions de l'article L.148 du code de la santé publique alors en vigueur et que la note de service contestée devait, pour ce motif, être annulée ; que, par suite, le DEPARTEMENT DE LA DORDOGNE n'est pas fondé à demander l'annulation de l'arrêt attaqué.

Considérant, enfin, que les dispositions de l'article L.761-1 du code de justice administrative font obstacle à ce que soit mis à la charge de l'association défenderesse le versement de la somme demandée par le DEPARTEMENT DE LA DORDOGNE au titre des frais exposés et non compris dans les dépens ; qu'en revanche, il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de faire application de ces dispositions et de mettre à la charge de ce département le versement à l'association des personnels concourant à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile de la Dordogne d'une somme de 1 500 euros à ce titre.

Décide :

● Art.1^{er}

La requête du DEPARTEMENT DE LA DORDOGNE est rejetée.

● Art. 2

Le DEPARTEMENT DE LA DORDOGNE versera à l'association des personnels concourant à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile de la Dordogne une somme de 1 500 euros au titre de l'article L.761-1 du code de justice administrative.

● Art. 3

La présente décision sera notifiée au DEPARTEMENT DE LA DORDOGNE, à l'association des personnels concourant à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile de la Dordogne et au ministre de la santé et des solidarités.



Jugement du Tribunal administratif de Lille du 12 juillet 2007

Tribunal administratif de Lille

N° 0601816
ASSOCIATION DES MEDECINS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE DU NORD

Vu la requête, enregistrée le 24 mars 2006, présentée pour l'ASSOCIATION DES MEDECINS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE DU NORD, dont le siège est 57 rue du Dronckaert à Neuville en Ferrain (59960), par Me Vercaigne, avocat ; elle demande au Tribunal :

1°- d'annuler la décision implicite de rejet de sa demande en date du 22 novembre 2005 tendant à ce que les services d'action sociale du département du Nord soient organisés de manière conforme à l'article L.2112-1 du code de la santé publique ;

2°- d'annuler la décision ayant fixé l'organisation des services de protection maternelle et infantile du conseil général du département du Nord ;

3°- d'enjoindre au président du conseil général du département du Nord de procéder à une réorganisation de ses services dans un délai de 6 mois, sous astreinte de 160 euros par jour de retard ;

4°- de condamner le département du Nord à lui verser la somme de 3 500 euros en application de l'article L.761-1 du code de justice administrative.

Vu l'ordonnance en date du 28 mars 2006 fixant la clôture d'instruction au 28 avril 2006, en application des articles R.613-1 et R.613-3 du code de justice administrative.

Vu l'ordonnance en date du 10 avril 2006, fixant la réouverture de l'instruction jusqu'au 2 juin 2006, en application des articles R.613-1, R.613-3 et R.613-4 du code de justice administrative.

Vu l'ordonnance en date du 8 juin 2006, fixant la réouverture de l'instruction, en application de l'article R.613-4 du code de justice administrative.

M.Joly - Rapporteur
M. Baffray - Commissaire du gouvernement
Audience du 12 juillet 2007
Lecture du 19 juillet 2007
C 61-02-01-01

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS
Le Tribunal administratif de Lille
(6^{ème} chambre)

Vu le mémoire, enregistré le 27 juin 2007, présenté pour l'ASSOCIATION DES MEDECINS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE DU NORD, par Me Vercaigne, avocat ; elle conclut aux mêmes fins par les mêmes moyens, mais se désiste des conclusions à fin d'annulation de la décision d'organisation des services du conseil général du Nord.

Vu les décisions attaquées.

Vu les autres pièces du dossier.

Vu le code de la santé publique.

Vu le code de justice administrative.

Les parties ayant été régulièrement averties du jour de l'audience.

Après avoir entendu au cours de l'audience publique du 12 juillet 2007 :

- le rapport de M. Joly, rapporteur ;
- les observations de Me Duval, substituant Me Vercaigne, avocat de l'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE DU NORD ;
- les observations de M. Bernard, représentant le département du Nord ;
- et les conclusions de M. Baffray, commissaire du gouvernement ;

Sur les conclusions à fin d'annulation de la décision d'organisation des services de protection maternelle et infantile :

Considérant que la requérante a demandé dans sa requête de prononcer l'annulation de l'organisation des services de protection maternelle et infantile du département du Nord après en avoir constaté l'illégalité.

Considérant que par son mémoire en date du 27 juin 2007, elle indique que la décision attaquée n'est pas la décision d'organisation des services mais la décision implicite de rejet de sa demande d'abrogation et de modification de cette organisation, en date du 22 novembre 2005 et reçue le 25 novembre 2005 par le département du Nord ; qu'ainsi, elle a entendu se désister des conclusions à fin d'annulation de la décision ayant réorganisé les services du département ; qu'il convient de prendre acte de ce désistement et de ne statuer que sur le surplus de ses conclusions.

Sur la fin de non recevoir opposée par le président du conseil général du Nord aux conclusions tendant à l'annulation de la décision implicite de rejet :

Considérant que le président du conseil général du département du Nord oppose aux conclusions à fin d'annulation de la décision implicite de rejet de la demande de réorganisation des services du département du Nord une fin de non recevoir tirée de l'absence d'intérêt à agir de la requérante ; que la requérante défend les intérêts matériels et moraux des médecins de la protection maternelle et infantile du Nord ; que la décision de refus implicite attaquée a pour objet de confirmer l'organisation des services départementaux de la protection maternelle et infantile décidée en 2001 ; que cette organisation prévoit notamment que les unités territoriales de la protection maternelle et infantile sont chacune placées sous l'autorité d'un médecin ; que ces médecins sont eux-mêmes placés sous l'autorité hiérarchique d'un médecin, l'adjoint technique de protection maternelle et infantile santé ; qu'il ressort des pièces du dossier que ce dernier est toutefois placé sous l'autorité hiérarchique d'un directeur territorial dont l'organisation départementale n'impose pas qu'il soit médecin ; que cette mesure modifie les conditions d'emploi et les modalités d'exercice de l'activité des agents chargés de la protection maternelle et infantile dans le département ; que, par suite, le département du Nord n'est pas fondé à opposer à la requérante l'absence d'intérêt lui donnant qualité pour contester la légalité de ladite décision.

Considérant que le département du Nord soutient que la décision implicite de refus attaquée ne constitue qu'une décision confirmative de celle en date du 7 décembre 2001, par laquelle il avait refusé la demande de réorganisation des services départementaux émanant de la requérante ; qu'il soutient que les conclusions dirigées contre une décision confirmative d'une décision elle-même définitive, ne sont pas recevables ; que toutefois, le refus d'abroger des dispositions réglementaires fait courir le délai du recours contentieux, même lorsque ce refus est confirmatif d'un précédent refus d'abrogation opposé à la même personne ; que dès lors, le département du Nord n'est pas fondé à opposer à la requérante une fin de non recevoir tirée de la tardiveté de leurs conclusions dirigées contre le refus implicite d'abrogation de l'organisation du service de protection maternelle et infantile du Nord.

Sur les conclusions à fin d'annulation de la décision implicite de rejet de la demande d'abrogation de l'organigramme des services du département du Nord :

Sans qu'il soit besoin de statuer sur les autres moyens de la requête :

Considérant qu'aux termes de l'article L.2112-1 du code de la santé publique les compétences dévolues au département en matière de protection maternelle et infantile "sont exercées, sous l'autorité du président du conseil général, par le service départemental de protection maternelle et infantile qui est un service non personnalisé du département, placé sous la responsabilité d'un médecin et comprenant des personnels qualifiés notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique (...)".



Considérant qu'il n'est pas contesté que l'organisation des services de la protection maternelle et infantile du département du Nord prévoit d'une part que des unités territoriales de protection maternelle et infantile sont implantées au sein des huit directions territoriales de prévention et d'action sociale, d'autre part que des missions relevant de la protection maternelle et infantile sont exercées au sein des pôles "enfance famille" des directions territoriales, ainsi qu'au sein de la direction enfance et famille ; qu'il ressort des pièces du dossier que les unités territoriales de protection maternelle et infantile organisées au sein des directions territoriales et dirigées par un médecin, sont placées au sein de chacune des huit directions territoriales sous l'autorité hiérarchique d'un adjoint technique de protection maternelle et infantile santé, lui-même médecin ; qu'il ne ressort toutefois pas des pièces du dossier que l'organisation retenue ait prévu que les adjoints techniques de protection maternelle et infantile santé exercent leurs prérogatives sous la responsabilité d'un médecin, chef du service départemental de protection maternelle et infantile, placé quant à lui sous l'autorité du président du conseil général, comme l'imposent les dispositions précitées du code de la santé publique, qui toutefois n'imposent pas que tout supérieur hiérarchique du responsable du service de protection maternelle et infantile, lui-même médecin, doive également l'être ; qu'il ressort des pièces du dossier qu'à une exception près, les adjoints techniques de protection maternelle et infantile santé sont placés sous l'autorité des responsables des directions territoriales, qui ne sont pas médecins ; que dès lors, la requérante est fondée à soutenir qu'en refusant d'abroger la décision de réorganisation des services du département du Nord en tant qu'elle était contraire aux dispositions de l'article L.2112-1 du code de la santé publique, le président du conseil général du Nord a entaché sa décision d'erreur de droit.

(...)

DECIDE

● Art.1^{er}

Il est donné acte du désistement des conclusions de la requérante tendant à l'annulation de la décision de réorganisation des services de la protection maternelle et infantile du Nord.

● Art. 2

La décision implicite de rejet de la demande de réorganisation des services du département du Nord par l'ASSOCIATION DES MEDECINS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE DU NORD est annulée.

● Art. 3

Il est enjoint au président du conseil général du Nord de réorganiser ses services dans un délai de six mois afin de rendre leur organisation conforme aux dispositions de l'article L.2112-1 du code de la santé publique.

● Art. 4

Le département du Nord versera à l'ASSOCIATION DES MEDECINS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE DU NORD une somme de mille euros (1000 euros) en application des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

● Art. 5

Le présent jugement sera notifié à l'ASSOCIATION DES MEDECINS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE DU NORD et au département du Nord.

Copie sera transmise, pour information, au préfet de la région Nord-Pas-de-Calais, préfet du Nord.

Délibéré après l'audience du 12 juillet 2007, à laquelle siégeaient :

- M. Heinis, président,
- M. Biju-Duval, premier conseiller,
- M. Joly, conseiller.

Lu en audience publique le 19 juillet 2007.

Textes législatifs et réglementaires

Le principe d'universalité

La Charte européenne des droits des patients (Bruxelles 15 Nov. 2002) dispose que :

"Chaque personne a droit d'accéder aux services que ses besoins de santé requièrent. Les services de santé doivent garantir l'égal accès à chacun sans discrimination sur la base des ressources financières, du domicile..."

Le droit à la santé

- La Convention internationale des droits de l'enfant.

L'art 24, alinéas 1 et 2 définit des droits pour tous en matière de santé.

"Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services. (...) ; Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés (...) ; Faire en sorte que tous les groupes de la société en particulier les parents et les enfants reçoivent une information sur la santé (...) ; Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale."

- La Charte européenne des droits des patients, n°8 : "Chaque personne a droit à des services de santé de haute qualité, sur la base de spécification et du respect de normes précises".

Les articles du Code de la Santé Publique (CSP) concernant les missions des médecins et professionnels de santé, la déontologie et le secret professionnel :

- Art. L.1110-1 à 1110-11, Art.L.1111-1 à 1111-9 précisant les droits des personnes malades et des usagers du système de santé.

L'Art. L.1110-4 stipule que : "Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge, sous réserve :

- du recueil de son consentement exprès, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Ce consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes ;
- de l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L.6323-1 et L.6323-3.

La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé".

L'Art. L.1111-2 indique que : "Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé (...). Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables".

L'Art. L.1111-4 précise que : "Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment (...)".

Ces deux derniers articles définissent l'information individuelle et le consentement éclairé.

● Art. R.4127-1 à R.4127-112 portant Code de déontologie médicale.

● Art. R.4127-301 à R.4127-362 portant Code de déontologie des sages-femmes.

● Art R.4311-1 à R.4311-94 et Art R.4312-1 à R.4312-49 définissant les règles pour la profession d'infirmier.

Ces dispositions sont précisées ci-dessous ("Le rôle de chaque profession" p.27).

Les articles du Code Pénal concernant le secret professionnel

Les articles 226-13 et 226-14 du Code pénal relatifs au secret professionnel sont applicables à toute personne appelée à collaborer au service PMI (cf. art. L2112-9 du code de la santé publique).

L'Art. 226-13 énonce que : "La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende".

L'Art. 226-14 énonce que : "L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

- À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une

personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

- Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire (...)".

L'organisation et les missions des services de PMI dans le Code de la Santé publique

● L'Art. L.2112-1 indique que le service de PMI "est dirigé par un médecin et comprend des personnels qualifiés notamment dans le domaine médical, paramédical, social et psychologique..."

● L'Art. L.2112-2 énonce que "Le président du conseil général a pour mission d'organiser :

- des consultations prénuptiales, prénatales et post-natales, et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes,

- des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de 6 ans, (...) un bilan de santé pour les enfants âgés de 3 à 4 ans,

- des activités de planification familiale, (...) ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse (...),

- le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations,

- l'édition et la diffusion des supports d'information sanitaire destinés aux futurs conjoints,

- des actions d'information sur la profession d'assistant maternel et des actions de formation initiale [des] assistants maternels (...).

En outre, le conseil général doit participer aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être (...)".

● L'Art. R.2112-7 prévoit que : "Le service départemental doit disposer :

1°- D'une sage-femme à plein temps ou son équivalent pour 1 500 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département ;

2°- D'une puéricultrice à plein temps ou son équivalent pour 250 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département. (...)"

● L'Art. R.2112-9 dispose que : "les médecins du service de PMI doivent être soit spécialistes (...) en pédiatrie (...), en gynécologie médicale (...), en gynécologie obstétrique (...), en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (...), en santé publique".

● L'Art. R.2112-11 ajoute que : "Le médecin responsable du service départemental de protection maternelle et infantile doit avoir la qualité d'agent titulaire et remplir les conditions fixées à l'article R.2112-9 ; il doit, en outre, avoir acquis une expérience professionnelle de trois ans au moins dans un service départemental de protection maternelle et infantile".

L'universalité de la PMI

● L'Art. L.2112-2 du CSP montre que les services de PMI sont ouverts à tous (cf. ci-dessus) tout en portant une attention particulière à certaines situations (cf. 4° alinéa de cet article) en proposant "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 systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse, 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".

Le rôle de chaque profession

● L'Art. R.4127-69 du CSP définit le rôle propre du médecin "l'exercice de la médecine est personnel; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes".

● L'Art. R.4127-95 du CSP stipule en outre que: "Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce".

● L'Art. R.4127-97 du CSP prévoit que : "Un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins".

● L'Art. R.4127-348 du CSP définit le rôle propre de la sage-femme : "Le fait pour une sage-femme d'être liée dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels, et en particulier à ses obligations concernant l'indépendance de ses décisions et le respect du secret professionnel (...) Quel que soit le lieu où elle exerce, elle doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé et de la sécurité de ses patientes et des nouveaux-nés".

● L'Art. R.4311-3 du CSP définit le rôle propre de l'infirmière : "relèvent du rôle de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie (...) dans ce cadre l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'elle juge nécessaires (...)"



Le rôle propre du médecin qui dirige le service

Le médecin qui dirige le service de PMI conformément à l'Art. 2112-1 du CSP (cf. ci-dessus) se voit confier par le code des missions en propre.

Dans le domaine de la protection de l'enfance

● L'Art. L.2112-6 du CSP définit le rôle propre du médecin qui dirige le service dans le domaine de la protection de l'enfance : "Chaque fois qu'il est constaté que l'état de santé de l'enfant requiert des soins appropriés, il incombe au service départemental de PMI d'engager la famille... à faire appel au médecin de son choix et le cas échéant, d'aider la famille... à prendre toutes autres dispositions utiles.

Chaque fois que le personnel du service départemental de PMI constate que la santé ou le développement de l'enfant sont compromis ou menacés par des mauvais traitements il en rend compte sans délai au médecin responsable du service qui provoque d'urgence toutes mesures appropriées.

Lorsqu'un médecin du service départemental de PMI estime que les circonstances font obstacle à ce que l'enfant reçoive les soins nécessaires, il lui appartient de prendre toutes mesures relevant de sa compétence propre à faire face à la situation. Il en rend compte au médecin responsable du service".

● L'Art. L.2112-2 alinéa 7 du CSP stipule que : "... En outre le Conseil général doit participer aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être..."

● Le Code de l'Action sociale et de la famille dans son art. L.226-1 précise que "les missions [de protection de l'enfance incombant à l'aide sociale à l'enfance] sont menées par le service de l'aide sociale à l'enfance en liaison avec le service départemental de PMI... et le service départemental d'action sociale (...) ainsi qu'avec les autres services publics compétents".

Dans le domaine du respect du secret médical

● La délibération CNIL n° 87-001 du 20 janvier 1987 portant recommandation sur les traitements automatisés des certificats de santé du jeune enfant mis en oeuvre par les départements prévoit : "que le médecin responsable du service de protection maternelle et infantile dans le département est garant du secret des informations figurant sur les trois séries de certificats de santé prévus par l'article L.164 du Code de la santé publique, ainsi que des données qui en sont issues" et "qu'en particulier, conformément à l'article 75 du code de déontologie médicale, il n'est pas tenu au respect du pouvoir hiérarchique à l'égard des demandes de consultations ou d'utilisation de fichiers qui lui sont formulées par ses supérieurs, dès lors que le secret médical est en jeu".

Dans le domaine de l'accueil des jeunes enfants

● Rôle propre du médecin de PMI dans les Établissements d'accueil des jeunes enfants.

L'Art. R.2324-23 du CSP sur la procédure d'autorisation ou d'avis de création, d'extension ou de transformation d'un établissement d'accueil de jeunes enfants prévoit : "une visite sur place de l'établissement ou du service est effectué préalablement par le médecin responsable du service de PMI, ou par un médecin ou une puéricultrice appartenant à ce service ou, à défaut, par un professionnel qualifié dans le domaine de la petite enfance, appartenant à ce service, qu'il délègue".

Les Art. L.2324-2, R.2324-14 et R.2324-48 du CSP définissent le rôle de contrôle et surveillance des établissements d'accueil de jeunes enfants : "Le médecin responsable du service départemental de protection maternelle et infantile vérifie que les conditions mentionnées au quatrième alinéa de l'article L.2324-1 sont respectées par les établissements et services mentionnés au même article".

"Dans le cadre de sa mission de contrôle et de surveillance prévue à l'article L.2324-2, le médecin responsable du service départemental de protection maternelle et infantile s'assure que l'organisation, le fonctionnement et l'aménagement des locaux d'un séjour de vacances ou d'un accueil de loisirs sont adaptés aux besoins et aux rythmes de vie des mineurs accueillis".

"Dans le cadre de sa mission de contrôle prévue à l'article L.2324-2, le médecin responsable du service départemental de protection maternelle et infantile demande aux personnes gestionnaires des établissements et services relevant de la présente section de lui transmettre chaque année des informations relatives aux enfants accueillis au cours de l'année précédente, ainsi qu'aux caractéristiques de l'accueil".

● Rôle propre du service de PMI dans l'agrément des assistants maternels/familiaux

L'Art. L.2111-2 du CSP indique que : "(...) 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, relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement".

L'Art. L.2112-1 du CSP précise que : "Les compétences dévolues au département par l'article L.1423-1 et par l'article L.2111-2 sont exercées, sous l'autorité et la responsabilité du président du conseil général, par le service départemental de protection maternelle et infantile qui est un service non personnalisé du département".

L'Art. L.421-3 du CASF prévoit que : "Au cours de la procédure d'instruction de la demande d'agrément, le service départemental de protection maternelle et infantile (...) peut solliciter l'avis d'un assistant maternel ou d'un assistant familial".

L'Art. L.421-17-1 du CASF définit que : "Le suivi des pratiques professionnelles des assistants maternels employés par des particuliers est assuré par le service départemental de protection maternelle et infantile".

Les actions collectives en promotion de la santé

● L'Art. R.2112-1 précise que "le service départemental de PMI exerce les missions qui lui sont dévolues en organisant (...) des actions médico-sociales, individuelles ou collectives, de promotion de la santé maternelle et infantile".

● L'Art. R.2311-7 indique que : "Les centres de planification ou d'éducation familiale exercent les activités suivantes : (...) Diffusion d'informations et actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, organisées dans les centres et à l'extérieur de ceux-ci en liaison avec les autres organismes et collectivités concernés...".



La transmission des informations d'état civil aux services de PMI

Dans le Code de la Santé publique

● L'Art. R.2112-21 prévoit que : "Les officiers de l'état civil adressent un extrait d'acte de naissance établi conformément aux dispositions de l'article 11 du décret n° 62-921 du 3 août 1962 modifiant certaines règles relatives aux actes de l'état civil dans les quarante-huit heures de la déclaration de naissance, au médecin responsable du service de protection maternelle et infantile du département dans lequel résident les parents.

Ils adressent à ce médecin dans les mêmes conditions une copie de l'acte de décès des enfants âgés de moins de six ans dont les parents résident dans le département".

La PMI en lien avec l'Etat, l'Assurance-maladie et les autres acteurs de santé

● L'Art. L.2111-1 du CSP précise que : "l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent (...) à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile".

● L'Art. L.2112-7 du CSP prévoit que : "Lorsque des examens prénuptiaux et les examens institués par les articles L.2122-1, deuxième alinéa, L.2122-3 et L.2132-2, deuxième alinéa, sont pratiqués dans une consultation du service départemental de protection maternelle et infantile et concernent des assurés sociaux ou leurs ayants droit, les frais y afférents sont remboursés au département par les organismes d'assurance maladie dont relèvent les intéressés selon le mode de tarification prévu à l'article L.162-32 du code de la sécurité sociale.

Les organismes d'assurance maladie peuvent également, par voie de convention, participer sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale aux autres actions de prévention médico-sociale menées par le département". "Lorsque des examens obligatoires sont pratiqués dans une consultation de PMI... les frais y afférents sont remboursés au département par les organismes d'assurance maladie".

● La loi Hôpital Patients Santé Territoires définit les missions des Agences Régionales de Santé.

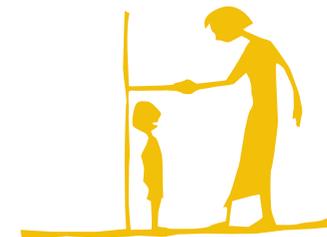
- Art. L.1431-2 : "les ARS sont chargées (...) de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique (...) en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile..."

- Art. L.1432-1 : "Après de chaque ARS sont constituées (...):

2° Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Ces commissions, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, sont compétentes pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres, respectivement : - dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile (...)."

● L'Art. L.2112-5 du CSP précise que "le service de PMI établit une liaison avec le service de santé scolaire, notamment en transmettant au médecin de santé scolaire les dossiers médicaux des enfants suivis à l'école maternelle..."

● L'Art. L.2112-2 alinéa 4 bis du CSP prévoit : "des actions (...) assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers pour les parents en période postnatale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations".



Réorganisations des services de PMI Guide pratique



Novembre 2012



SNMPMI

65-67 rue d'Amsterdam - 75008 PARIS
Tél. 01 40 23 04 10 - Fax 01 40 23 03 12
courriel : contact@snmpmi.org