

Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile (S.N.M.P.M.I.)

Siège social, secrétariat :

65-67 rue d'Amsterdam

75008 Paris

Tél : 01.40.23.04.10

Fax : 01.40.23.03.12

www.snmpmi.org, contact@snmpmi.org

Paris, le 6 juillet 2007

Madame Michèle ALLIOT-MARIE
Ministre de l'Intérieur, de l'Outre-
mer et des collectivités territoriales

Madame la Ministre,

Nous souhaitons vous faire part de la situation statutaire des médecins territoriaux dans un contexte où les gouvernements successifs et l'ensemble des acteurs locaux impliqués ont mis l'accent depuis plusieurs années sur le nécessaire développement des politiques de santé publique, en particulier dans leur déclinaison territoriale.

Les médecins de protection maternelle et infantile (PMI) représentent les trois-quarts des 2800 médecins territoriaux et se consacrent à la prévention dans le domaine de la santé de l'enfant et de la famille. Leurs missions ont été récemment fortement réaffirmées : d'une part, avec l'adoption de la loi relative à la protection de l'enfance du 5 mars 2007, dont le volet prévention prévoit de généraliser la réalisation de bilans de santé en écoles maternelles, d'autre part avec les préconisations de l'IGAS dont le rapport sur la PMI de novembre 2006 met en avant la nécessité de renforcer le dispositif des consultations de prévention précoce, notamment de la naissance à 4 ans.

Les médecins territoriaux exerçant en PMI comptent parmi les acteurs indispensables à la mise en œuvre de ces politiques. Ce cadre d'emplois de la filière médico-sociale de la Fonction publique territoriale connaît une difficulté croissante de recrutement, notamment liée à un déroulement de carrière statutaire peu attractif, comparé à celui d'autres modes d'exercice salarié de la médecine (praticiens hospitaliers, médecins inspecteurs de santé publique, médecins du travail, des centres de santé,...).

Nous attirons votre attention sur le fait qu'au terme d'un constat similaire, le statut des médecins inspecteurs de santé publique (MISP), qui constitue la référence dans la Fonction publique d'État pour le statut des médecins territoriaux, a été revalorisé en octobre 2000.

Vous n'êtes pas sans savoir que les perspectives actuelles de la démographie médicale sont alarmantes, même avec le relèvement annoncé du *numerus clausus*.

Si le statut de médecin territorial demeure notoirement moins attractif que ceux des Fonctions publiques de l'État (MISP) ou hospitalière (praticiens hospitaliers), cela se

traduira par une désaffection des jeunes médecins pour les carrières de la Fonction publique territoriale.

Plusieurs acteurs se sont prononcés en faveur d'un réaligement du statut des médecins territoriaux sur celui des médecins inspecteurs de santé publique car ils craignent que les politiques de prévention en santé maternelle et infantile et de protection de l'enfance ne subissent le préjudice d'un creux de la démographie médicale dans les 10 à 15 prochaines années. Il s'agit notamment : du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale¹, de l'Inspection générale des affaires sociales², de la Rapporteuse du projet de loi relatif à la protection de l'enfance³, de la Présidente de la Société française de pédiatrie⁴, de la Défenseure des enfants⁵.

Dans un document, que vous trouverez ci-joint, nous vous exposons les nombreux éléments de comparabilité entre les missions, les responsabilités et les niveaux de formation des médecins territoriaux et des médecins inspecteurs de santé publique. C'est pourquoi nous avons demandé depuis octobre 2000 la revalorisation du statut des médecins territoriaux sur le modèle des modifications intervenues pour les médecins inspecteurs de santé publique. Cette revalorisation consisterait à réaligner l'architecture indiciaire du cadre d'emplois sur celle du statut des MISP.

¹ **Conseil supérieur de la fonction publique territoriale, Les filières sociale, médico-sociale, médico-technique, rapport adopté le 19/10/2005, p. 41**

« Le statut des médecins territoriaux devrait être aligné au moins sur celui des Médecins Inspecteurs de santé publique avec trois grades allant de l'indice brut 528 à la Hors Echelle C, leur situation ayant été comparable pendant des années. Il faudra par la suite envisager l'alignement sur les médecins de la FPH.

Le quota pour passer Médecin Hors Classe devrait être supprimé. »

² **Inspection Générale des Affaires Sociales, Etude sur la protection maternelle et infantile en France Rapport de synthèse, Rapport n°RM2006-163P Novembre 2006, pp. 46-47**

« S'agissant des médecins de PMI, il est souhaitable que soit résorbé le décalage qui s'est créé à partir de 2000 avec les médecins inspecteurs de santé publique (MISP). Pour l'avenir, un effort de rapprochement de leur statut avec celui des praticiens hospitaliers est souhaitable. Les travaux menés au sein du ministère de la santé dans le cadre du projet de création d'un cadre d'emploi de « praticiens de santé publique » commun aux praticiens hospitaliers et aux médecins inspecteurs de santé publique (MISP) devraient intégrer la situation des médecins de PMI. Si ces travaux n'aboutissaient pas dans des délais raisonnables, il serait nécessaire de poursuivre l'amélioration des déroulements de carrière en transposant les dispositions statutaires mises en place pour les MISP en 2000 aux médecins territoriaux (...) »

³ **Assemblée nationale, Rapport n° 3256 du 13/07/2006 sur le projet de loi (n°3184) réformant la protection de l'enfance, par Mme V. Péresse, p. 39**

« La rapporteure souhaiterait aussi que la question du statut des médecins de PMI fasse l'objet d'un examen attentif alors que les difficultés de recrutement sont patentes. La nécessité de faire évoluer ce statut se pose d'autant plus que, comme l'a souligné le Conseil supérieur de la fonction publique territoriale lors de sa séance du 19 octobre 2005 consacrée au cadre d'emploi des médecins territoriaux (catégorie plus large que les médecins de PMI), 50 % des médecins en fonction ont plus de 55 ans. Le problème du remplacement de ces médecins, qui vont prochainement partir en retraite, sera d'autant plus crucial que les disparités de rémunération seront maintenues avec les médecins inspecteurs de la santé publique alors que les responsabilités exercées sont équivalentes. »

⁴ **Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent, 28/10/2006, Professeur Danièle Sommelet, présidente de la Société française de Pédiatrie**

p. 326 : *« les difficultés de recrutement des médecins de PMI s'expliquent par : la très faible attractivité financière, un profil d'évolution de carrière très limité »*

p. 331, *« Recommandations : (...) 4- Reconnaître aux médecins de PMI un statut en santé publique »*

⁵ **Défenseur des enfants, rapport 2002, p.141**

« La mise en oeuvre de la réorganisation de la pédiatrie, de la protection maternelle et infantile, de la médecine scolaire, de l'accueil et des soins à l'hôpital demanderait : une augmentation sensible du numerus clausus en matière de pédiatrie et pédopsychiatrie, une révision de la formation des pédiatres, une révision de la formation des médecins scolaires ainsi qu'une revalorisation du statut et de la rémunération des personnels médicaux et non médicaux de la PMI et de la médecine scolaire. »

Nous sollicitons une entrevue pour vous exposer l'ensemble des éléments utiles à l'examen de notre demande de revalorisation du statut des médecins territoriaux.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ce dossier, je vous prie de croire, Madame la Ministre, à l'assurance de ma haute considération.

Pierre SUESSER
Co-président du SNMPMI

PJ : Dossier de présentation de la situation statutaire des médecins territoriaux

Copie à : Madame Roselyne BACHELOT, Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports

Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile (S.N.M.P.M.I.)

Siège social, secrétariat :

65-67 rue d'Amsterdam

75008 Paris

Tél : 01.40.23.04.10

Fax : 01.40.23.03.12

www.snmpmi.org, contact@snmpmi.org

Juin 2007

Présentation concernant la situation statutaire des médecins territoriaux

Les médecins territoriaux, actuellement au nombre d'environ 2800, remplissent leurs missions dans divers domaines au sein des collectivités locales : protection maternelle et infantile et planification familiale, actions de prévention sanitaire (vaccinations, maladies sexuellement transmissibles, tuberculose, cancers, notamment), actions spécifiques de santé en direction des personnes âgées, des personnes porteuses de handicap, services communaux d'hygiène et de santé. Tous ces domaines relèvent de la politique de santé publique mise en œuvre par les collectivités territoriales, sur la base des dispositions légales prises en application des lois de décentralisation et transférant une partie des compétences en matière d'action sociale et de santé aux dites collectivités territoriales.

De nombreuses collectivités rencontrent actuellement des difficultés à recruter des médecins pour assurer ces responsabilités. Les gouvernements successifs ont mis l'accent sur le renforcement des politiques de santé publique, cela suppose, entre autres mesures, d'orienter une partie du corps médical vers ce domaine d'activité et vers la médecine salariée de prévention.

Or le cadre statutaire actuel des médecins territoriaux, datant de 1992, ne rend pas suffisamment attractive la carrière dans ces emplois, et il s'en suit de fait une " crise du recrutement " similaire à celle qu'a connue, dans la fonction publique de l'État, le corps des médecins inspecteurs de santé publique (MISP).

Concernant les MISP, et fort de ces éléments (nécessité de développer une politique de santé publique ambitieuse servie par des professionnels compétents en la matière, nécessité de revaloriser une carrière statutaire peu attractive comparée par exemple à celle des praticiens hospitaliers), Madame GILLOT, alors ministre de la santé, a signé fin avril 2000 un protocole d'accord avec le Syndicat des

Médecins inspecteurs de santé publique (SMISP-UCMSF) et la fédération Interco-CFDT : ce protocole s'est traduit par une modification du statut des MISP, comportant une revalorisation de leur grille indiciaire, qui est intervenue par un décret n°2000-956 et un arrêté du 29 septembre 2000.

Ces mesures prises à l'égard des médecins chargés de mettre en œuvre la politique de santé publique pour la fonction publique de l'État appellent, selon les médecins territoriaux, l'adoption de mesures similaires en leur faveur. En effet, les missions de ces derniers, leur niveau de responsabilité dans leur secteur d'activité sont largement comparables à ceux des MISP. Depuis la décentralisation, les médecins inspecteurs de santé publique et les médecins territoriaux contribuent, chaque corps dans son domaine respectif et sous la responsabilité d'administrations distinctes (État d'une part, collectivités locales de l'autre), à la mise en œuvre d'une politique de santé publique au service de tous les citoyens.

La comparabilité entre les fonctions, les missions, les responsabilités, les niveaux de formations requis font l'objet d'une note jointe annexée à cette présentation. Les pouvoirs publics ont d'ailleurs déjà pris en compte ces éléments par le passé, dans leur traduction statutaire. En particulier l'architecture du corps des MISP et celle du cadre d'emplois des médecins territoriaux étaient jusqu'ici très similaires (concordance complète des grades, et presque complète du nombre d'échelons pour chaque grade et des indices afférents à ces échelons). De plus, le régime indemnitaire des médecins territoriaux est défini sur le plan réglementaire en référence au régime indemnitaire des MISP.

La revalorisation de leur statut demandée par les médecins territoriaux consiste en :

- un alignement de l'architecture des grades respectifs de médecin territorial 2° classe, médecin territorial 1° classe et médecin territorial hors classe sur celle des nouveaux grades de médecin inspecteur de santé publique, médecin inspecteur en chef de santé publique, médecin général de santé publique ;
- ainsi qu'un alignement des échelons indiciaires afférents aux grades de médecin territorial sur ceux afférents aux nouveaux grades du corps des MISP ;

ANNEXE 1 :

ANALYSE COMPARATIVE DES FONCTIONS DES M.I.S.P. ET DES MEDECINS TERRITORIAUX

| Décret n°91-1025 Statut des MISP | Décret n°92-851 Statut des médecins territoriaux |
|---|---|
| | <i>“ Les médecins territoriaux sont chargés d’élaborer les projets thérapeutiques des services ou établissements dans lesquels ils travaillent(...) ”</i> |
| <i>“ Les membres du corps des MISP participent à la conception, à la mise en œuvre, à l’exécution et l’évaluation de la politique de santé publique (...) ”</i> | <i>“ Ils participent à la conception, à la mise en œuvre, à l’exécution et à l’évaluation de la politique de leur collectivité en matière de santé publique (...) ”</i> |
| <i>“ Ils contribuent à l’organisation du système sanitaire et à la promotion de la santé (...) ”</i> | <i>“ Ils sont chargés des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé (...) ”</i> |
| <i>“ Ils assurent le contrôle de cette politique – celle de la santé publique, NdR – et les missions permanentes et temporaires d’inspection (...) ” “ Dans le cadre de leurs attributions ils peuvent être chargés d’études ou de missions spéciales (...) ”</i> | <i>“ Dans le cadre de leurs attributions ils peuvent se voir confier des missions de contrôle, des études ou des fonctions comportant des responsabilités particulières (...) ”</i> |
| <i>“ Ils peuvent être associés à l’enseignement, à la formation et à la recherche dans le domaine de la santé publique (...) ”</i> | <i>“ Ils peuvent collaborer à des tâches d’enseignement, de formation et de recherche dans leur domaine de compétence (...) ”</i> |
| <i>“ Dans l’exercice de leurs fonctions ils veillent au respect du secret médical et des règles professionnelles (...) ”</i> | <i>“ Dans l’exercice de leurs fonctions ils veillent au respect du secret médical et des règles professionnelles (...) ”</i> |

Cette analyse comparative fait apparaître de très nombreuses similitudes dans les fonctions et responsabilités :

- agents de l'État pour les M.I.S.P. ou agents des collectivités locales pour les médecins territoriaux, ils exercent leurs fonctions dans le cadre de la santé publique et communautaire ;
- dans les deux cadres d'emplois, ils exercent des **fonctions de conception**, de **mise en œuvre** et d'**évaluation** de la politique de santé publique mais aussi des **fonctions de contrôle** et d'**inspection**.

● **En ce qui concerne les médecins de protection maternelle et infantile**, leurs fonctions s'analysent à la lumière de la loi n° 89-899 du 18/12/1989 relative à la protection et à la promotion de la santé, de la famille et de l'enfance et du décret n°92-785 du 6/08/1992 relatif à la P.M.I. Ce dernier définit notamment des fonctions de contrôle et d'inspection en indiquant dans son article 18 que :

“ Le contrôle et la surveillance des établissements et services recevant des enfants de moins de 6 ans, institué par l'article L.181 du code de la santé publique, a lieu sur pièce et sur place ; il est exercé par le médecin responsable du service de P.M.I. ou par un médecin du service délégué par le médecin responsable ”

Les médecins territoriaux sont de façon spécifique *“ chargés d'élaborer les projets thérapeutiques des services ou établissements dans lesquels ils travaillent ”* (art.2, 1^{er} alinéa du décret statutaire). Il peut s'agir par exemple pour des médecins de P.M.I. d'un travail dans les centres d'action médico-sociale précoce (mentionnés à l'article L.2132-4 du code de la santé publique).

En outre la spécificité des fonctions pour l'exercice en P.M.I. requiert des compétences particulières en pédiatrie ou gynécologie/obstétrique ou pédopsychiatrie ou santé publique.

C'est en particulier le cas pour la participation des médecins de P.M.I. aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités en liaison avec le service départemental d'action sociale et le service départemental de l'aide sociale à l'enfance (conformément à l'art. L.2112-2, 8^o alinéa, et à l'art. L.2112-6 du code de la santé publique).

Ces compétences complémentaires nécessaires se sont vues traduites dans l'art. 9.II du décret n°92-785 du 6/08/1992 précité qui mentionne les diplômes ou titres requis pour être recruté comme médecin titulaire d'un service de P.M.I. Ainsi les médecins de P.M.I., qui constituent la majorité des médecins territoriaux, sont pour la plupart des médecins spécialistes ou ayant acquis des compétences particulières dans ces spécialités.

● **En ce qui concerne les médecins de planification familiale**, leurs fonctions s'analysent à la lumière de la loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et du décret n°92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale. Ce dernier prévoit, en son article 3, que les centres de planification ou d'éducation familiale doivent être dirigés par un médecin, et, en son article 1^{er}, qu'ils organisent notamment des consultations médicales, comprenant des actions de maîtrise de la fécondité et de dépistage et de traitement des maladies sexuellement transmissibles, des actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité ou l'éducation familiale, des entretiens de conseil familial et conjugal, des entretiens préalables à l'IVG et des entretiens relatifs à la régulation des naissances faisant suite à une IVG.

● **En ce qui concerne les médecins des services départementaux de santé publique**, leurs fonctions s'analysent à la lumière du décret n°84-931 du 19/10/84 relatif (...) aux modalités de transfert aux départements des services de l'État chargés de la mise en œuvre des compétences transférées en matière d'action sociale et de santé.

Lors de ce transfert, les départements ont été chargés (cf. art. 1 du décret sus-cité) : des services de l'aide sociale, d'action sociale, de l'aide sociale à l'enfance (ASE), de la protection maternelle et infantile (PMI), des services chargés de la lutte contre les fléaux sociaux (sauf santé mentale, alcoolisme et toxicomanie), des vaccinations, d'une partie des services de contrôle des établissements et services médicaux et médico-sociaux relevant de la compétence du président du conseil général, d'une partie des services généraux affectés à la prévision et à la gestion des crédits d'action sociale et de santé du budget départemental, à la gestion des locaux, du personnel et du matériel affectés aux services énumérés précédemment.

Suite à la publication de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, certaines de ces missions dans le domaine de la santé, hormis celles relatives à la PMI, ont été « recentralisées », mais les départements ont pu continuer à les exercer, par voie de convention passée avec les services de l'Etat.

Une partie des compétences initialement transférées en matière d'action sociale et de santé, autrefois placées sous la responsabilité des M.I.S.P., sont exercées par les médecins départementaux de santé publique, lorsqu'elles font l'objet de conventions entre l'Etat et les départements. Les missions confiées aux départements en matière de santé, relatives aux personnes âgées et aux personnes handicapées, sont aussi confiées à des médecins territoriaux (notamment les missions de contrôle technique sur les institutions d'accueil de ces populations - art L.313-20 et L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles -).

Ainsi la notion d'équivalence avec le corps des M.I.S.P. s'appuie, concernant les médecins départementaux de santé publique, sur les missions qui leur sont actuellement dévolues, qu'ils ont "héritées" des M.I.S.P. suite au transfert de compétences et qu'ils continuent d'exercer lorsque l'Etat en a confié la mise en oeuvre aux départements par voie de convention.

● **À l'égard des niveaux de formation**, il est à noter que le décret n°91-1025 portant statut particulier des M.I.S.P. précise dans son art. 6 que les M.I.S.P. stagiaires "*accomplissent un stage d'un an organisé par l'École nationale de la santé publique*". Le décret n°92-851 portant statut particulier des médecins territoriaux indique dans son art. 7 que les médecins territoriaux stagiaires "*peuvent demander à suivre au cours de leur stage une formation en santé publique d'une durée de un an. Cette formation peut être organisée par voie de convention entre le Centre national de la fonction publique territoriale et l'École nationale de santé publique*".

Les deux décrets se réfèrent donc à un "pré-requis commun" de formation pour les M.I.S.P. et les médecins territoriaux (en terme d'éventualité pour ces derniers en raison du principe de libre administration des collectivités locales), sous la forme d'une année de formation en santé publique à l'E.N.S.P. Cette référence commune en terme de formation constitue un argument supplémentaire, s'ajoutant à ceux des fonctions, responsabilités et niveaux d'études initiales pour justifier la comparabilité statutaire des médecins territoriaux avec les M.I.S.P.

Complément au dossier établissant la comparabilité des missions des médecins territoriaux et des médecins inspecteurs de santé publique (MISP)

I. Éléments de comparabilité illustrée entre les fonctions des médecins territoriaux et celles des MISP

| Fonctions communes aux MISP et aux médecins territoriaux | Exemples illustrant ces fonctions, dans l'exercice des médecins territoriaux |
|---|---|
| Missions d'impulsion ou d'animation des politiques de santé | <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place et coordination par les médecins de PMI en collaboration avec les autres professionnels (sages-femmes, puéricultrices...) de réseaux périnatalité entre les différents acteurs concernés (maternités publiques et privées, obstétriciens et sages-femmes de ville, équipes de PMI...). Exemples dans plusieurs départements : 58, 93, 22, 34, 92. Coordination d'autres réseaux thématiques : PMI/pédopsychiatrie, PMI/structures de soins et d'éducation enfance handicapée... - Impulsion par les médecins des Conseils généraux chargés des actions de santé de dispositifs pluri-partenariaux pour le dépistage du cancer du sein : plus de 30 départements concernés. Dépistage du cancer colo-rectal dans plusieurs départements. - Participation à la conception des schémas départementaux dans les domaines suivants : protection de l'enfance, personnes handicapées, schéma gérontologique, accueil petite enfance, participation aux SROS périnatalité, participation aux programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). - Élaboration et expérimentation d'outils de dépistage de masse dans un cadre interpartenarial médecins de PMI/médecins libéraux/autres professionnels de santé. Exemple de la mise au point d'un test de dépistage des troubles du langage(test ERTL4) par pédiatres de PMI, libéraux et orthophonistes en Meurthe-et-Moselle. Testé et validé en collaboration avec l'École de santé publique de Nancy, ce test a été mis en œuvre par les médecins de PMI lors des bilans des enfants en école maternelle. Suite à cette expérimentation coordonnée par la PMI du 54, cet outil de dépistage est actuellement utilisé par plusieurs dizaines de départements. |

| | |
|--|--|
| Missions d'inspection ou de contrôle | <ul style="list-style-type: none"> - Les établissements ou services d'accueil d'enfants de moins de 6 ans et les centres de vacances ou de loisirs accueillant des enfants de moins de 6 ans sont soumis au contrôle et à la surveillance du médecin responsable du service de PMI (art. L.2324-2 du Code de la santé publique), qui peut déléguer cette responsabilité à d'autres médecins du service de PMI (art. 18 du décret n°92-785 relatif à la PMI). En pratique plusieurs dizaines à plusieurs centaines de structures par département sont soumis à ce contrôle. - Les médecins départementaux responsables des actions de santé en direction des personnes âgées ou des personnes handicapées participent au contrôle technique sur les institutions d'accueil de ces populations (art L.313-20 et L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles). |
| Surveillance épidémiologique | <ul style="list-style-type: none"> - Le service de PMI doit organiser le recueil d'information en épidémiologie et santé publique (Art. L.2112-2, 5° du CSP) : recueil et traitement réalisé par les médecins de PMI, notamment spécialisés en épidémiologie. Le décret n°92-785, art. 8 relatif à la PMI, énumère précisément certains des indicateurs à recueillir et analyser chaque année : nb d'IVG chez les femmes de moins de 18 ans, nb de grossesses peu ou mal suivies, mortalité maternelle, nb d'enfants présentant un handicap, nb de décès d'enfants de moins de 6 ans. |
| Veille sanitaire, aide à la gestion des risques sanitaires et environnementaux | <ul style="list-style-type: none"> - Activités coordonnées de terrain et travail en réseau placent les médecins de PMI en situation de repérage et d'alerte sanitaire : exemple de la mise à jour par les médecins de PMI, initialement sur Paris et la Seine-St-Denis, de la prévalence importante du saturnisme infantile parmi les jeunes enfants vivant dans des habitats anciens et dégradés. Émergence d'une véritable "épidémie" de saturnisme, nécessitant un programme coordonné de santé publique animé conjointement par les médecins communaux d'hygiène et de santé et les médecins de PMI (tous deux appartenant au cadre d'emplois de médecins territoriaux). - Rôle de dépistage et de prévention, à l'échelle des populations, de la tuberculose, des maladies sexuellement transmissibles par les médecins départementaux de santé publique (missions confiées aux départements en 1984, héritées de celles des MISP). |

| | |
|---|---|
| | - Évaluation et mise en œuvre de mesures collectives de prévention lors d'épisodes de toxi-infections alimentaires collectives, de méningites,... |
| Missions d'enseignement et de recherche | - Participation des médecins territoriaux à l'animation de formations CNFPT, par exemple dans les domaines de la médecine sociale, de la prévention et de la santé publique, de la prise en charge des enfants victimes de mauvais traitements... Coopération à des enseignements universitaires (santé et développement de l'enfant, contraception et planification familiale...). |
| | - Impulsion et participation à de très nombreux travaux de recherche, par exemple dans les domaines de la périnatalité, du développement de l'enfant, des violences familiales, ... |

II. Éléments d'analyse ressortant de l'étude de l'INET sur la place et le rôle des médecins territoriaux (2000)

Les médecins territoriaux titulaires (notamment ceux de PMI) exercent, pour la plupart d'entre eux, une ou plusieurs des fonctions de santé publique décrites précédemment, combinées avec des fonctions cliniques (le plus souvent dans des proportions allant, pour l'exercice des fonctions de santé publique, de 50 à 100% de leur temps de travail).

Cela est corroboré par l'étude de l'INET qui établit que, parmi les médecins territoriaux titulaires, 35% ont, dans leurs fonctions, celle de management (direction de service ou animation d'équipe), et 20% une fonction d'expertise conseil, les 46% restants combinent à leurs activités cliniques celles de contrôle.

Dans son étude qualitative, l'INET décrit les tendances d'évolution actuelles sous deux aspects :

- les missions des médecins territoriaux les situent comme des cadres territoriaux,
- les actions en matière de santé publique s'inscrivent dans une logique de développement social territorial.

1°) Le médecin territorial est médecin + cadre territorial :

* missions de management de service (organisation, suivi, contrôle des activités, management du personnel, gestion administrative et logistique, gestion budgétaire, gestion des contentieux, communication interne et externe)

* Conseil/expertise et aide à la décision (participation à l'élaboration des politiques départementales de santé, propositions d'objectifs et d'actions, analyse des problèmes globaux de santé, des dispositifs médico-sociaux, suivi des projets et évaluation des actions menées, élaboration et suivi d'un système d'information structuré, mise en place d'indicateurs de santé, recueil et analyse de données)

* coordination et encadrement technique (développement de la prévention et d'une approche "santé publique", importance des études épidémiologiques et sociologiques, renforcement des compétences en matière d'animation d'équipe)

2°) L'affirmation de la santé comme composante du développement territorial :

- * développement du travail en réseau, structures de concertation interpartenariales et diversification des actions de prévention à caractère collectif
- * développement de l'éducation pour la santé et de la santé communautaire
- * développement de la territorialisation des missions.

Au total :

L'ensemble de ces éléments permettent d'établir la comparabilité dans l'exercice de leurs missions respectives entre les MISP et les médecins territoriaux, tant en terme de technicité que de sujétions. Cela a conduit à définir le régime indemnitaire des médecins territoriaux en référence à celui des MISP. Le réalignement statutaire que nous demandons (qui existait avant 2000) viendrait logiquement parachever ce constat.

Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile (S.N.M.P.M.I.)

Siège social, secrétariat :

65-67 rue d'Amsterdam

75008 Paris

Tél : 01.40.23.04.10

Fax : 01.40.23.03.12

www.snmpmi.org, contact@snmpmi.org

ANNEXE 2

**Tableau comparatif des déroulements de carrière
des médecins inspecteurs de santé publique et des médecins territoriaux
(traitements au 1^{er} février 2005*)**

| GRADES ECHELONS | INDICES | | DUREE CUMULEE | Traitement brut mens. | Traitement brut mens. | DUREE CUMULEE | INDICES | | GRADES ECHELONS |
|--|---------|-----|------------------|--------------------------|---|------------------|---------|-----|---------------------------|
| | B | M | | | | | B | M | |
| Médecin général de santé publique | | | | | Médecin territorial hors classe | | | | |
| 3 ^{ème} échelon | HEC | | 20 ans | 5138,48 | | | | | |
| 2 ^{ème} échelon | HEB | | 17 ans | 4670,14 | 4670,14 | 20 ans 3 mois | HEB | | 5 ^{ème} échelon |
| 1 ^{er} échelon | HEA | | 14 ans | 4250,41 | 4250,41 | 17 ans 9 mois | HEA | | 4 ^{ème} échelon |
| | | | | | 3623,01 | 15 ans 3 mois | 1015 | 820 | 3 ^{ème} échelon |
| | | | | | 3455,11 | 13 ans 6 mois | 966 | 782 | 2 ^{ème} échelon |
| | | | | | 3238,61 | 11 ans 9 mois | 901 | 733 | 1 ^{er} échelon |
| Médecins inspecteur en chef de santé publique | | | | | Médecin territorial 1^{ère} classe | | | | |
| 7 ^{ème} échelon | HEB | | 19 ans | 4670,14 | | | | | |
| 6 ^{ème} échelon | HEA | | 16 ans | 4250,41 | | | | | |
| 5 ^{ème} échelon | 1015 | 820 | 14 ans | 3623,01 | 3623,01 | 15 ans 3 mois | 1015 | 820 | 5 ^{ème} échelon |
| 4 ^{ème} échelon | 966 | 782 | 12 ans | 3455,11 | 3455,11 | 13 ans 6 mois | 966 | 782 | 4 ^{ème} échelon |
| 3 ^{ème} échelon | 901 | 733 | 10 ans | 3238,61 | 3238,61 | 11 ans 9 mois | 901 | 733 | 3 ^{ème} échelon |
| 2 ^{ème} échelon | 830 | 679 | 8 ans | 3000,03 | 3000,03 | 10 ans | 830 | 679 | 2 ^{ème} échelon |
| 1 ^{er} échelon | 750 | 618 | 6 ans | 2730,51 | 2730,51 | 8 ans 3 mois | 750 | 618 | 1 ^{er} échelon |
| Médecin inspecteur de santé publique | | | | | Médecin territorial 2^{ème} classe | | | | |
| | | | | | 3070,72 | 15 ans 3 mois | 852 | 695 | 11 ^{ème} échelon |
| | | | | | 2969,10 | 13 ans 6 mois | 821 | 672 | 10 ^{ème} échelon |
| 9 ^{ème} échelon | 966 | 782 | 15 ans 6 mois | 3455,11 | 2801,20 | 11 ans 9 mois | 772 | 634 | 9 ^{ème} échelon |
| 8 ^{ème} échelon | 901 | 733 | 13 ans | 3238,61 | 2730,51 | 10 ans | 750 | 618 | 8 ^{ème} échelon |
| 7 ^{ème} échelon | 852 | 695 | 10 ans 6 mois | 3070,72 | 2567,04 | 8 ans 3 mois | 701 | 581 | 7 ^{ème} échelon |
| 6 ^{ème} échelon | 801 | 657 | 8 ans | 2902,82 | 2407,97 | 6 ans 6 mois | 655 | 545 | 6 ^{ème} échelon |
| 5 ^{ème} échelon | 750 | 618 | 6 ans | 2730,51 | 2266,59 | 5 ans | 612 | 513 | 5 ^{ème} échelon |
| 4 ^{ème} échelon | 701 | 581 | 4 ans | 2567,04 | 2103,11 | 3 ans 6 mois | 563 | 476 | 4 ^{ème} échelon |
| 3 ^{ème} échelon | 655 | 545 | 2 ans | 2407,97 | 1944,05 | 2 ans | 513 | 440 | 3 ^{ème} échelon |
| 2 ^{ème} échelon | 588 | 495 | 1 an | 2187,06 | 1833,59 | 1 an | 480 | 415 | 2 ^{ème} échelon |
| 1 ^{er} échelon | 528 | 451 | | 1992,65 | 1670,12 | | 429 | 378 | 1 ^{er} échelon |

* L'augmentation de la valeur du point intervenue depuis 2005 ne modifie pas les écarts de rémunération à ancienneté égale figurant dans le tableau