

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

65-67, rue d'Amsterdam, 75008 Paris – Tél : 01 40 23 04 10 – Mél : contact@snmpmi.org – Site Internet : www.snmpmi.org

Dossier de presse

LE SNMPMI APPELLE A MANIFESTER

Vendredi 29 novembre à 12h30

**pour se rendre au ministère de la Fonction publique
départ de la faculté de médecine, 45 rue des Saints-Pères - 75006 Paris**

**Revaloriser le statut des médecins territoriaux :
il est urgent de statuer !**

Les médecins inspecteurs de santé publique (MISP) ont obtenu la revalorisation de leur statut : c'était il y a 13 ans !

Les médecins de l'éducation nationale ont obtenu la revalorisation de leur statut : c'était il y a 18 mois !

Le gouvernement a donné l'assurance qu'il examine favorablement la revalorisation statutaire des médecins territoriaux : c'était il y a 1 an !

Le Conseil supérieur de la fonction publique territoriale (CSFPT) a voté à l'unanimité en faveur de l'alignement indiciaire des médecins territoriaux sur les MISP : c'était il y a 6 mois !

Depuis, silence radio du côté des pouvoirs publics !!!

Pourtant tous savent bien que 66% des médecins de PMI seront retraités en 2020, qu'on ne compte plus les postes vacants (de 10 à 50% selon les départements), et qu'en l'absence de revalorisation, le risque est grand de voir les jeunes médecins, pourtant attirés par le salariat et l'approche globale de la santé, se détourner de la territoriale si peu attractive au plan statutaire.

De fait les services de PMI sont fragilisés dans beaucoup de départements : les délais de rendez-vous s'allongent, le suivi d'enfants après 2 ans se restreint, pire, nombre de consultations de nourrissons et de femmes enceintes, de bilans de santé en maternelle ne peuvent plus être assurés. Ceci alors même que le nombre de naissances reste à un niveau très élevé et que la médecine de ville n'est pas en mesure de faire face dans de nombreux points du territoire à cette défaillance croissante des services de PMI (consultations préventives, vaccinations, dépistage, accompagnement et éducation pour la santé dans des situations de handicaps et de maladies chroniques, contraception, lutte contre les violences faites aux femmes, etc.).

Cette réalité touche aussi l'ensemble des médecins exerçant les autres missions de la médecine territoriale (personnes âgées, personnes handicapées, médecine préventive du personnel, santé publique, centres de santé...). Une telle situation est très préoccupante et paradoxale au moment même où le gouvernement annonce comme pilier de la stratégie nationale de santé des mesures en faveur de la médecine territoriale de proximité. L'enjeu statutaire, élément central de l'attractivité du métier, revêt dans ces conditions une acuité et une urgence toutes particulières pour assurer le recrutement des médecins territoriaux.

Nous exigeons du gouvernement que la réforme de la grille statutaire intervienne au plus tôt, en suivant les préconisations du CSFPT et en permettant de rétablir le principe de parité statutaire entre fonctions publiques et d'assurer celui de la mobilité inter fonction publique.

TSVP pour en savoir plus

Quelques éléments factuels pour situer l'enjeu de la revalorisation statutaire des médecins territoriaux

Les médecins territoriaux: combien de divisions?

Les médecins territoriaux titulaires étaient au nombre de 3160 au 31/12/2008 selon le CNFPT ("Synthèse" n° 38 septembre 2010). La DREES compte pour sa part 2830 médecins de PMI fin 2010 - 2140 en ETP ("Etudes et résultats n° 803, juin 2012).

Trois statuts de médecins de la fonction publique, similaires dans les années 90

En 1991, les 3 statuts de Médecins Inspecteurs de Santé Publique (MISP), de Médecins de l'Education Nationale (MEN), de Médecins Territoriaux (MT) étaient quasi identiques (définition générale des missions et échelonnements indiciaires).

En 2000, il y a eu une revalorisation de la grille des MISP, sans alignement des MT (ni des MEN). En 2012, la grille des MEN a été réalignée quasi à l'identique sur celle des MISP. Les MT restent en 2013 les derniers médecins de la fonction publique à n'avoir pas bénéficié d'une revalorisation statutaire.

Quelles disparités statutaires, actuellement ?

À ancienneté égale :

- * traitement indiciaire de départ d'un MT actuellement : 2037,36 € brut
- * traitement indiciaire de départ d'un MISP : 2523,55 brut
- * traitement indiciaire dernier échelon classe initiale d'un MT : 3218,11€ brut
- * traitement indiciaire dernier échelon classe initiale d'un MISP : 3620,95€ brut
- * traitement indiciaire dernier échelon classe intermédiaire d'un MT : 3796,91 € brut
- * traitement indiciaire dernier échelon classe intermédiaire d'un MISP : 4894,30 € brut
- * traitement indiciaire dernier échelon classe supérieure d'un MT : 4894,30 € brut
- * traitement indiciaire dernier échelon classe supérieure d'un MISP : 5385,13 € brut

La comparaison salariale avec toutes les formes de médecine salariée est au détriment des MT.

Un enjeu de démographie urgent pour la médecine territoriale publique

Une étude réalisée par le SNMPMI en 2010 auprès de 37 départements représentant 50% des naissances métropolitaines a montré que 10% de postes de médecins de PMI étaient alors vacants. Cette situation n'a fait que s'aggraver depuis : par exemple dans la Manche, 4 postes sur 12 sont vacants, en Seine-Saint-Denis, 29 postes sur 160, dans la Meuse 2 postes sur 4 pour les médecins de territoires, en Dordogne 15% des postes, etc.

De très nombreux médecins territoriaux prennent actuellement leur retraite et ce mouvement va s'accélérer dans les toutes prochaines années (cf. « La démographie des personnels territoriaux au 31/12/2006 » - selon ce document du CNFPT de novembre 2009, 66% des médecins territoriaux auront atteint l'âge moyen de départ en retraite en 2020).

Plusieurs avis et rapports officiels en faveur de la revalorisation statutaire des MT

Ont notamment pris position : le Conseil supérieur de la fonction publique territoriale (2005 et 2013), l'Inspection générale des affaires sociales (2006), la Rapporteuse du projet de loi relatif à la protection de l'enfance (2007), la Présidente de la Société française de pédiatrie (2006), la Défenseure des enfants (2002).

Médecin

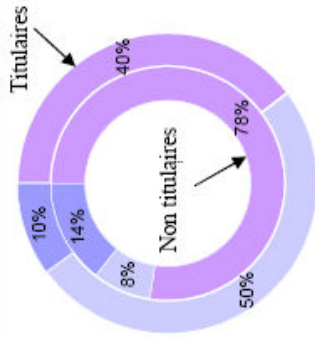
> Combien sont-ils ?

7 882 agents dont 79% de femmes
 4 165 titulaires dont 92% de femmes
 3 717 non titulaires dont 64% de femmes

Age moyen

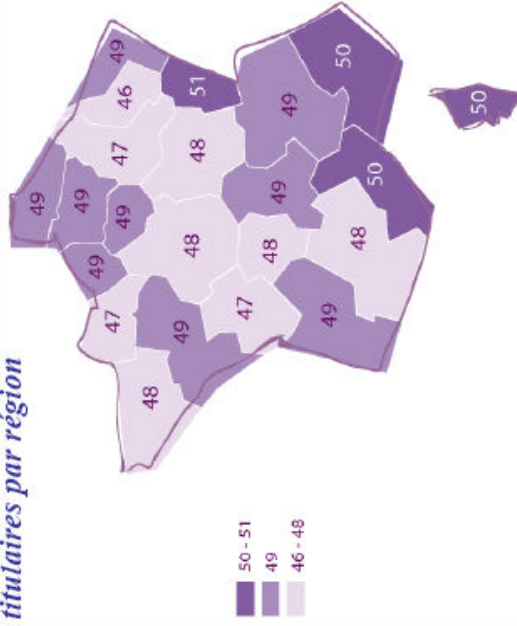
Titulaires 48 ans et 7 mois
 Non titulaires 47 ans et 8 mois

> Répartition par grade

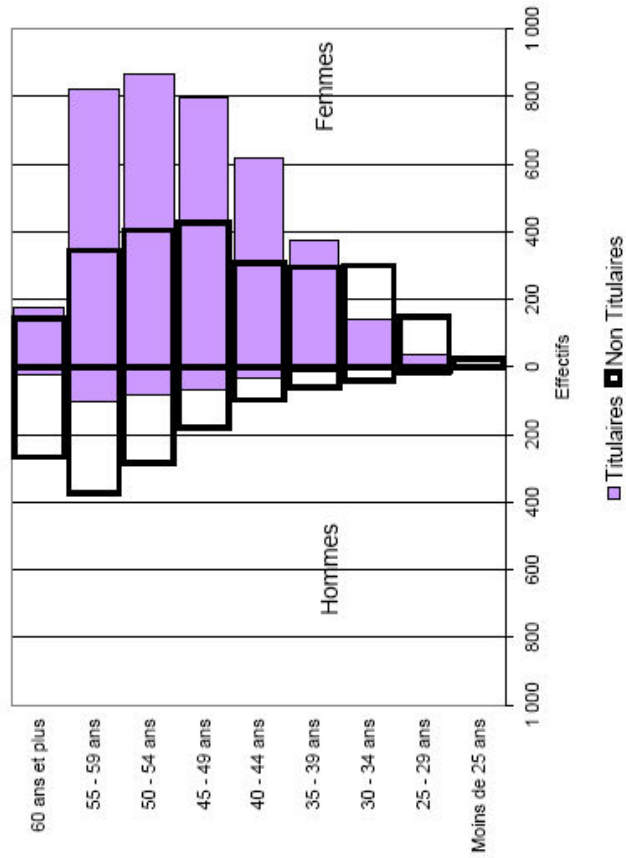


■ Médecin 2ème classe
 ■ Médecin hors classe
 ■ Médecin 1ère classe

> Age moyen des titulaires par région



> Pyramide des âges au 31/12/2006



Source de données : DADS 2006 / INSEE

> Effectif, pourcentage de titulaires et part des 50 et 55 ans et plus par région

Régions	Effectif	% de titulaires	Taux de féminisation	Part des 50 ans et plus		Part des 55 ans et plus	
				Titulaires	Non titulaires	Titulaires	Non titulaires
Alsace	102	54%	82%	53%	49%	29%	31%
Aquitaine	536	62%	85%	51%	48%	29%	33%
Auvergne	145	64%	81%	51%	43%	31%	30%
Basse-Normandie	186	67%	88%	40%	48%	17%	30%
Bourgogne	176	40%	75%	47%	58%	24%	45%
Bretagne	226	68%	80%	50%	55%	26%	37%
Centre	202	60%	87%	48%	45%	30%	24%
Champagne-Ardenne	102	45%	73%	33%	48%	15%	32%
Corse	31	nr	nr	nr	nr	nr	nr
Franche-Comté	70	nr	nr	nr	nr	nr	nr
Haute-Normandie	192	64%	78%	53%	52%	25%	29%
Ile-de-France	2 655	31%	74%	53%	50%	31%	30%
Languedoc-Roussillon	296	51%	76%	55%	48%	25%	30%
Limousin	60	nr	nr	nr	nr	nr	nr
Lorraine	267	79%	90%	38%	60%	19%	47%
Midi-Pyrénées	323	68%	82%	44%	51%	22%	37%
Nord-Pas-de-Calais	244	55%	78%	46%	49%	19%	33%
Pays de la Loire	310	53%	74%	55%	50%	28%	26%
Picardie	145	75%	87%	48%	36%	22%	22%
Poitou-Charentes	342	75%	89%	43%	34%	25%	23%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	602	74%	79%	57%	48%	33%	33%
Rhône-Alpes	670	65%	84%	49%	44%	26%	23%
Ensemble	7 882	53%	79%	50%	49%	27%	30%

nr: non représentatif

ANALYSE COMPARATIVE DES MISSIONS DES MEDECINS INSPECTEURS DE SANTE PUBLIQUE ET DES MEDECINS TERRITORIAUX

<p align="center">Décret n°91-1025 Statut des MISP</p>	<p align="center">Décret n°92-851 Statut des médecins territoriaux</p>
	<p><i>“ Les médecins territoriaux sont chargés d’élaborer les projets thérapeutiques des services ou établissements dans lesquels ils travaillent(...)</i></p>
<p><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></p>	<p><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></p>
<p><i>Ils contribuent à l’organisation du système sanitaire et à la promotion de la santé (...)</i></p>	<p><i>Ils sont chargés des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé (...)</i></p>
<p><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></p>	<p><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></p>
<p><i>Ils peuvent être associés à l’enseignement, à la formation et à la recherche dans le domaine de la santé publique (...)</i></p>	<p><i>Ils peuvent collaborer à des tâches d’enseignement, de formation et de recherche dans leur domaine de compétence (...)</i></p>
<p><i>Dans l’exercice de leurs fonctions ils veillent au respect du secret médical et des règles professionnelles (...)</i> ”</p>	<p><i>Dans l’exercice de leurs fonctions ils veillent au respect du secret médical et des règles professionnelles (...)</i> ”</p>

Éléments de comparaison entre les fonctions des médecins territoriaux et celles des médecins inspecteurs de santé publique

Missions communes aux médecins inspecteurs de santé publique et aux médecins territoriaux	Exemples illustrant ces missions dans l'exercice des médecins territoriaux, des médecins de PMI notamment
<p>Missions de conception, de mise en œuvre et d'évaluation de la politique de santé publique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implication des médecins de PMI, en collaboration avec les autres professionnels de PMI (sages-femmes et puéricultrices, notamment) dans la mise en place et la coordination des réseaux de périnatalité, avec les différents acteurs concernés (maternités publiques et privées, obstétriciens et sages-femmes de ville...). <i>Exemples dans plusieurs départements</i> : 58, 93, 22, 34, 92. Implication des médecins de PMI dans la coordination d'autres réseaux thématiques : pédopsychiatrie ; structures de soins et d'éducation pour l'enfance handicapée ; maladies chroniques... - Impulsion par les médecins des Conseils généraux chargés des actions de santé de dispositifs pluri-partenariaux pour le dépistage du cancer du sein (<i>plus de 30 départements concernés</i>) ou pour le dépistage du cancer colorectal. - Participation des médecins territoriaux à la conception des schémas départementaux, ainsi qu'à la mise en œuvre des actions prioritaires de ces schémas, dans les domaines suivants : protection de l'enfance, personnes handicapées, personnes âgées, accueil petite enfance... - Élaboration, expérimentation et validation d'outils de dépistage dans un cadre inter-partenarial médecins de PMI/médecins libéraux/autres professionnels de santé. <i>Exemple de la mise au point d'un test de dépistage des troubles du langage du jeune enfant (test ERTL4) par des pédiatres de PMI, des médecins libéraux et des orthophonistes en Meurthe-et-Moselle. Cet outil de dépistage est actuellement utilisé par plusieurs dizaines de départements.</i> <p><u>Évolutions récentes :</u> La sollicitation des médecins des services de PMI s'est accrue depuis la mise en place des Agences Régionales de Santé en avril 2010.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les médecins de PMI sont en effet sollicités dans les différentes instances que sont les commissions régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), les commissions spécialisées de prévention, les comités de coordination des politiques publiques, pour réfléchir avec les autres acteurs de santé régionaux aux priorités des politiques publiques régionales. - Ils sont également invités à participer aux groupes de travail mis en place par les ARS pour l'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins (prévention, périnatalité, permanence des soins...) ou des schémas régionaux d'organisation médico-sociale (handicap du jeune enfant). - Enfin, ils sont sollicités pour participer aux conférences territoriales de santé, ainsi que pour contribuer à l'élaboration des contrats locaux de santé, compte tenu de l'implantation de la PMI dans les quartiers ciblés par ces démarches, et de la connaissance par les médecins de PMI des problématiques locales (objectif de réduction des inégalités sociales de santé, notamment).

Missions communes aux médecins inspecteurs de santé publique et aux médecins territoriaux	Exemples illustrant ces missions dans l'exercice des médecins territoriaux, des médecins de PMI notamment
<p>Missions de mise en œuvre de programmes de prévention et d'actions de promotion de la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implication des médecins de PMI dans la conception et la mise en œuvre des programmes et actions de prévention et de promotion de la santé, dans le cadre des missions de PMI, ou sur des problématiques de santé émergentes : <ul style="list-style-type: none"> - prévention des maladies infectieuses (vaccinations) - promotion de l'allaitement maternel - promotion de la santé bucco-dentaire - prévention et dépistage des troubles sensoriels et de l'apprentissage - prévention du saturnisme - prévention de l'obésité infantile - prévention des addictions (protection maternelle et planification familiale)... <p><u>Evolutions récentes :</u> Les services de PMI sont impliqués de façon croissante dans les grands programmes de prévention et de promotion de la santé déclinés dans les dernières années (priorités nationales : vaccinations, prévention de l'obésité, prévention du saturnisme infantile...) et/ou réaffirmés dans l'évolution des textes réglementaires (loi du 5 mars 2007 sur la protection de l'enfance et bilans de santé des enfants de 3-4 ans, dépistages des troubles sensoriels, des troubles du développement, des troubles des apprentissages, par exemple).</p> <p>Ils n'interviennent pas seulement pour la mise en œuvre des programmes décidés dans le cadre de politiques nationales ou régionales, mais ils sont forces de proposition pour leur conception, ou pour faire émerger les problématiques à partir de leur connaissance du terrain (saturnisme ou troubles du langage par exemple).</p> <p>Les décrets relatifs aux interventions des médecins territoriaux dans les modes d'accueil de la petite enfance, médecins de PMI essentiellement, ont renforcé leur rôle en matière de prévention et de promotion de la santé auprès des très jeunes enfants.</p>
<p>Missions d'inspection ou de contrôle</p>	<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- CSP), qui peut déléguer cette responsabilité à d'autres professionnels du service de PMI. En pratique, selon les départements, plusieurs dizaines à plusieurs centaines de structures par département sont soumises à ce contrôle. - Les médecins départementaux responsables des actions de santé en direction des personnes âgées ou des personnes handicapées participent au contrôle technique des institutions accueillant ces populations (art L.313-20 et L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles). <p><u>Evolutions récentes :</u> Les services de PMI sont fortement mobilisés pour accompagner la politique active de création des établissements d'accueil des jeunes enfants (plan national de création de 100.000 places d'accueil collectif pour les enfants de moins de trois ans), les médecins responsables des services de PMI (ou les professionnels qu'ils délèguent) devant procéder, en vue de l'autorisation d'ouverture, à une visite préalable sur place de l'établissement pour évaluer si les locaux et leur aménagement sont compatibles avec un accueil de qualité (art. L.2324-23 & 2324-28 du CSP).</p>

Missions communes aux médecins inspecteurs de santé publique et aux médecins territoriaux	Exemples illustrant ces missions dans l'exercice des médecins territoriaux, des médecins de PMI notamment
<p>Missions d'organisation du système de soins</p>	<p>- Les médecins de PMI sont chargés de l'organisation sur leurs territoires des actions de prévention individuelles et collectives, et de promotion de la santé, notamment en faveur des jeunes enfants, des mères, des familles et des jeunes.</p> <p><u>Evolutions récentes:</u> Les médecins de PMI sont de plus en plus souvent associés à la réflexion et à la mise en œuvre des réponses à apporter à la sollicitation croissante des services de PMI par les familles, pour le suivi du jeune enfant, notamment les nouveaux-nés en raison de sorties de maternité de plus en plus précoces et non accompagnées, dans un contexte d'accès difficile à la médecine libérale (désertification médicale, secteur 2...).</p>
<p>Missions de veille sanitaire et d'aide à la gestion des risques sanitaires et environnementaux</p>	<p>- Les activités coordonnées de terrain et le travail en réseau auxquels ils participent, placent les médecins de PMI en situation de repérage et d'alerte sanitaire (<i>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. Mise en évidence d'une "épidémie" de saturnisme infantile, nécessitant un programme coordonné de santé publique animé conjointement par les médecins territoriaux, médecins communaux d'hygiène et de santé et médecins de PMI</i>).</p> <p>- Les médecins territoriaux ont également un rôle important de dépistage et de prévention de la tuberculose, des maladies sexuellement transmissibles en population générale (missions héritées de celles des MISP, confiées aux départements de 1984 à 2004, restant déléguées aux médecins territoriaux dans de nombreux départements).</p> <p>- Les médecins de PMI participent également à l'évaluation et la mise en œuvre de mesures collectives de prévention lors d'épisodes de toxi-infections alimentaires collectives, d'infections à méningocoque,...</p> <p><u>Evolutions récentes:</u> A l'occasion de plusieurs crises sanitaires récentes, les médecins territoriaux, médecins de PMI notamment, ont été mobilisés par les services de l'Etat (ARS, DRASS, DDASS) dans le cadre de la mise en œuvre de campagnes de vaccination auprès de la population, pour la réalisation des actes vaccinaux, mais également pour une implication active dans l'organisation territoriale des campagnes : campagnes de vaccination dans le cadre d'épidémies-pandémies de grippe A H1N1, de rougeole, d'infections invasives à méningocoques en Normandie, de tuberculose en Seine-Saint-Denis...</p>

Missions communes aux médecins inspecteurs de santé publique et aux médecins territoriaux	Exemples illustrant ces missions dans l'exercice des médecins territoriaux, des médecins de PMI notamment
<p>Missions de surveillance épidémiologique</p>	<p>- Le service de PMI doit organiser le recueil d'information en épidémiologie et santé publique (Art. L.2112-2, 5° du CSP) : ces recueils et leur traitement sont réalisés par les médecins de PMI. Le décret n°92-785, art. 8 relatif à la PMI, énumère des indicateurs à recueillir et analyser chaque année (<i>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...</i>).</p> <p>..... <u>Evolutions récentes :</u> Depuis la création des ARS, les services de PMI sont sollicités de façon accrue pour transmettre aux autorités régionales et nationales (ARS, DREES...) des informations régionales pertinentes et actualisées basées sur les informations issues des certificats de santé.</p>
<p>Missions d'enseignement et de recherche</p>	<p>- Participation des médecins territoriaux à l'animation de formations du Centre National de la Fonction Publique Territoriale, 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...).</p> <p>- 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, ...</p> <p>..... <u>Evolutions récentes :</u> Les médecins de PMI accueillent des internes en formation dans les services, et la sollicitation des internes va croissant (internes de santé publique et internes de spécialités médicales).</p> <p>Les médecins de PMI sont par ailleurs mobilisés pour de grandes enquêtes nationales (<i>enquête nationale périnatale, pour la coordination départementale des recueils de données en maternité (INSERM, DREES, DGS), enquête sur la vaccination par le BCG (InVS), par exemple</i>).</p>

Extraits de rapports officiels appuyant la revalorisation du statut des médecins territoriaux

Conseil supérieur de la fonction publique territoriale

Rapport sur les médecins territoriaux adopté à l'unanimité le 24/4/2013

Rapport : cf. <http://www.csfpt.org/documents/042013/25041310161727Rapportgroupemedecins.pdf>

Communiqué de presse : cf.

<http://www.csfpt.org/documents/042013/2404131608084Communiquedepressedu24avril3013.pdf>

Lire en dernière page de ce dossier :

Parmi « Les 13 propositions du Groupe de travail sur les médecins territoriaux :

(...) 8) Demander l'homologie entre les grilles indiciaires des médecins de la Fonction publique territoriale et celles des médecins inspecteurs de la santé publique. »

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. »

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 (...) »

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 patentées. 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. »

Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent, 28 Octobre 2006

Professeure 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 »*

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. »

**Tableau comparatif des déroulements de carrière
des médecins inspecteurs de santé publique et des médecins territoriaux
(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
Médecin 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

* Depuis cette date, le point d'indice a augmenté de 4,8%, ce qui n'affecte pas sensiblement les écarts de rémunération à ancienneté égale entre les MISP et les médecins territoriaux

Médecins salariés: Revenus bruts annuels hors primes et avantages en €, au 1^{er} janvier 2004

	1 ^{er} échelon	Après 10 ans	Après 25 ans
Médecin territorial (décret 92-851 du 28 août 1992). Ib 100 = 5275.58 €/an	19889	32603	Hors cl : 55763***
			1 ^{ère} cl : 43260**
MISP (décret 91-1025 du 7 octobre 1991 modifié par le décret 2000-956 du 29 septembre 2000) Ib 100 = 5275.58 €/an	23793	36665	Général : 61355
			En chef : 55763
Médecin des armées (décret 74-515 du 17 mai 1974 précisé par arrêté du 11 janvier 2002) Ib 100 = 5275.58 €/an	Env 21340	Env 36590	Chef des serv H cl : env 63200
			Chef des serv cl N : 55763
			En chef : Env 50140
Praticien hospitalier (décret 84-131 du 24 février 1984 précisé par arrêté du 18 décembre 2003)	46504	59449	84447
Praticien conseil assurance maladie (statut des praticiens conseils de la CNAMTS)	40482	52655	64776
Médecin libéral (revenu moyen) en 2001 ("étude et résultats n°284" de janvier 2004 - DREES - ministère de la santé)	Généraliste : 55200 avant revalorisation de 2002		
	Pédiatre : 53992 avant revalorisation de 2002		
Médecin du travail du secteur privé (convention collective 3031 des médecins du travail)	38600	60045	66478
Interne des hôpitaux 4 ^{ème} année (décret 99-930 du 10 novembre 1999 précisé par arrêté du 18 décembre 2003)	24068*		
Assistant des hôpitaux 5 ^{ème} année (décret 87-788 du 28 septembre 1987 précisé par arrêté du 18 décembre 2003)	Généraliste : 32709		
	Spécialiste : 36962		

Conclusions :

- * un Médecin territorial au 1^{er} échelon est moins payé qu'un étudiant en médecine, interne en fin de formation. Ceci semble paradoxal puisque le statut des médecins territoriaux prévoit que le recrutement se fasse avec une spécialité (santé publique, pédiatrie, gynécologie).
- ** la fin de carrière du médecin territorial 1^{ère} classe se heurte à un problème de quota qui le maintient souvent à un niveau de rémunération inférieur de 20% de celui des autres cadres d'emplois
- *** l'indice terminal du cadre d'emploi des médecins territoriaux conduit à une rémunération largement inférieure à tous les autres cadres d'emplois

NB : Selon le [décret du 27 mai 2005](#), la rémunération des médecins coordonnateurs en EHPAD est fixée selon la forme juridique de l'établissement et en fonction du temps de présence du praticien. En EHPAD public, le médecin coordonnateur est rémunéré soit par assimilation à un médecin attaché ou à un praticien hospitalier à temps partiel, soit par assimilation à un médecin territorial hors classe.



Annexe au communiqué de presse du CSFPT

CONSEIL SUPERIEUR DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

Les 13 propositions du Groupe de travail sur les médecins territoriaux

- 1) Elargir et mieux préciser les missions.
- 2) Demander la suppression de l'épreuve écrite d'admissibilité (sauf CGT et Mme GIBERT).
- 3) Transformer le concours en concours sur titre avec une unique épreuve orale d'admission (sauf CGT et Mme GIBERT).
- 4) Demander la révision de la composition du jury de concours (un fonctionnaire territorial appartenant au cadre d'emplois des médecins territoriaux).
- 5) Mettre en place un dispositif permettant aux médecins de réaliser la formation médicale continue et prévoir la conclusion d'un contrat entre le Conseil de l'Ordre et le CNFPT, pour que les 20 jours annuels de formation médicale continue soient ajoutés aux jours de la formation d'intégration statutaire.
- 6) Revoir la formation d'intégration (durée insuffisante) et l'adapter pour qu'elle tienne compte des catégories des agents et de la réalité de leurs missions.
- 7) Mettre en place des formations d'adaptation à l'emploi en cas de prises de responsabilité accrues.
- 8) Demander l'homologie entre les grilles indiciaires des médecins de la Fonction publique territoriale et celles des médecins inspecteurs de la santé publique.
- 9) Améliorer la rémunération (en cohérence avec le minimum de revenu garanti évoqué par la Ministre de la Santé).
- 10) Prendre en compte les médecins territoriaux non titulaires dans le cadre des décrets d'application de la loi de résorption de l'emploi précaire.
- 11) Avoir de meilleures garanties concernant les conditions matérielles de travail des médecins territoriaux.
- 12) Réaffirmer la nécessaire indépendance des médecins territoriaux dans l'exercice de leurs fonctions vis-à-vis de leur employeur.
- 13) Garantir le secret médical.