



# Rapport activité 2013-2014 du SNMPMI

## Principaux dossiers :

- \* Dossier statutaire
- \* Dossier « Avenir de la PMI »
- \* Dossier Réorganisation des services
- \* Dossier Formation et DPC
- \* Colloque du SNMPMI
- \* Participation à diverses instances, groupes de travail et implication dans diverses initiatives :
  - Conférence nationale de santé
  - Auditions dans le cadre du dispositif de protection de l'enfance
  - Union confédérale de médecins salariés de France
  - CNFPT
  - Société française santé publique
  - Société française de pédiatrie
  - Association Sparadrap
  - Rédaction d'articles dans des revues professionnelles
  - "Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans" et collectif "Construire ensemble la politique de l'enfance" (CEPE)
  - Modes d'accueil dont participation au groupe de travail sur le référentiel des assistantes familiales à la DGAS et au collectif "Pas de bébés à la consigne"
- \* Fonctionnement du syndicat, syndicalisation

## **1. Dossier statutaire : la revalorisation enfin obtenue de bonne et haute lutte !**

Suite à nos démarches renouvelées auprès des ministères de la fonction publique et de l'intérieur à l'automne 2012, et malgré les assurances alors reçues de nos interlocuteurs, le dossier s'est trouvé à nouveau enlisé au niveau ministériel courant 2013. Le Conseil supérieur de la fonction publique territoriale (CSFPT) s'en est emparé et a publié un rapport en avril 2013, préconisant notamment l'alignement indiciaire sur celui des médecins inspecteurs de santé publique (cf. en annexe les 13 propositions de ce rapport).

Devant cette nouvelle situation de blocage au niveau ministériel, le syndicat a décidé d'une mobilisation publique, en organisant une manifestation à l'occasion du colloque le 29 novembre 2013. Mouvement inédit des médecins de PMI, avec le soutien de la CFDT, de la CGT, de la FSU et de Méditoriales. la manifestation a réuni 250 participant-es. La délégation reçue à l'issue de cette manifestation par le cabinet de la ministre de la fonction publique s'est enfin vu confirmé que le décret de revalorisation statutaire serait présenté au CSFPT début 2014. Il a effectivement reçu un avis favorable de cette instance le 5 février 2014 et doit passer au Conseil d'Etat dans les 2 à 3 mois pour une publication attendue entre avril et juin 2014.

La revalorisation statutaire consiste précisément en un alignement de notre grille sur celle, revalorisée en juillet 2012, des médecins de l'éducation nationale : médecin 2<sup>o</sup> classe de l'IB 528 à l'IB 966,

médecin 1° classe de l'IB 801 à la Hors-échelle A, médecin hors-classe de l'IB 901 à la Hors-échelle Bbis - échelon terminal qui sera contingenté (cf. annexe 2).

Ce résultat est un succès indéniable pour le syndicat, après plus de 10 ans de mobilisation du SNMPMI pour réaligner notre statut sur celui des MISP. Ce qui n'empêche pas que le SNMPMI maintienne sa revendication d'une stricte homologation de la grille indiciaire des médecins territoriaux avec celle des MISP à la Fonction publique d'Etat, et d'un déroulement de carrière linéaire.

D'autre part le gouvernement va également modifier les règles du concours, puisqu'il consistera désormais en une seule épreuve d'entretien avec un jury, au lieu de la double épreuve actuelle (épreuve écrite d'admissibilité puis épreuve orale d'admission).

Parallèlement à la revalorisation de la grille indiciaire, nous avons également continué à demander :

- le bénéfice pour les médecins non-titulaires de la loi de mars 2012 permettant leur accès à un emploi de titulaire (actuellement les médecins sont exclus de ce dispositif),
- le retour à une formation initiale de 3 mois (au lieu de 5 jours actuellement).

Nous attendons les réponses des autorités gouvernementales sur ces deux aspects.

Nous continuons de revendiquer l'alignement du taux de vacation sur le taux horaire pratiqué en Centre de santé municipal (environ 38 à 40€ horaire) pour les médecins de PMI dits « vacataires ». Cette demande sera à nouveau soumise aux ministères concernés (santé, intérieur et fonction publique).

## **2. Avenir de la PMI**

La campagne pour assurer l'avenir du service public de PMI a également été un axe fort de l'activité syndicale 2013-2014.

Le SNMPMI avait été à l'initiative en novembre 2011 du regroupement de 14 associations professionnelles, d'organismes familiaux et citoyens et de syndicats autour d'un texte commun « Assurer l'avenir de la PMI » (téléchargeable pour mémoire<sup>1</sup>). Après avoir été reçus début 2012 par le Défenseur des droits et la Défenseure des enfants, et par la DGS au ministère de la santé, le collectif porteur de cette plate-forme a rencontré le président de l'Assemblée des départements de France (ADF) en mai 2012. A l'issue de cette rencontre le président de l'ADF a proposé la mise en place d'un groupe de travail pour élaborer un « accord cadre de mise en œuvre des politiques de prévention pour l'enfant et de l'adolescent ». Ce groupe de travail n'a pas vu le jour à ce stade, malgré des relances auprès de l'ADF.

Le syndicat a précisé son approche dans la note d'orientation adoptée par l'AG 2013 *"Ouvrir de nouveaux horizons pour la PMI"*<sup>2</sup>.

Parallèlement, face au "silence" des interlocuteurs (ministère de la santé, ADF), la plate-forme unitaire a pris l'initiative d'une pétition nationale *"Un plan d'urgence pour assurer l'avenir du service public de PMI"*<sup>3</sup> et d'organiser une journée nationale d'action le 30 janvier 2014 sur la base d'un argumentaire et de revendications détaillés<sup>4</sup>. Ces deux initiatives ont été couronnées de succès : plus de 8500 signataires de la pétition entre début décembre et mi-février, une vingtaine de manifestations et rassemblements le 30 janvier, qui ont regroupé entre 1000 et 1500 participant-es dans la France entière. Devant cette mobilisation le ministère de la santé a enfin ouvert des discussions avec les organisations réunies au sein de la plate-forme, sur les points soulevés,

<sup>1</sup> [http://www.snmpmi.org/IMG/pdf/document\\_inter\\_organisations\\_avenirPMI\\_\\_4nov2011\\_pour\\_les\\_sites.pdf](http://www.snmpmi.org/IMG/pdf/document_inter_organisations_avenirPMI__4nov2011_pour_les_sites.pdf)

<sup>2</sup> [http://www.snmpmi.org/IMG/pdf/snmpmi\\_ouvrir\\_nouveaux\\_horizons\\_pour\\_pmi\\_avril\\_2013.pdf](http://www.snmpmi.org/IMG/pdf/snmpmi_ouvrir_nouveaux_horizons_pour_pmi_avril_2013.pdf)

<sup>3</sup> <http://www.assureravenirpmi.org/>

<sup>4</sup> [http://www.assureravenirpmi.org/Doc/dossier\\_presse\\_mouvementPMI\\_30jan2014.pdf](http://www.assureravenirpmi.org/Doc/dossier_presse_mouvementPMI_30jan2014.pdf)

en situant les enjeux dans le cadre de la stratégie nationale de santé et dans la perspective de la loi de santé publique à venir et des projets de services de santé territoriaux de proximité. Il est trop tôt pour apprécier l'engagement concret des autorités pour remédier aux difficultés actuelles du dispositif de PMI, mais le mouvement a permis de repositionner nos enjeux dans le débat public et d'être pris en compte comme interlocuteur majeur sur ce dossier (cf. communiqué de presse du 31 janvier 2014<sup>5</sup>).

Un calendrier de réunions sur les thèmes et revendications abordés par la plate-forme doit être proposé par la DGS, attendu pour débiter en avril.

L'AG doit être l'occasion de préciser nos propres orientations face à des échéances qui se dessinent : sur le plan institutionnel, apparition des métropoles, avenir incertain des départements... ; sur le plan des services de PMI, comment faire vivre l'attractivité des métiers en PMI, comment penser les articulations futures des compétences interdisciplinaires dans nos services, comment construire en pratique les continuités d'intervention entre le PMI et ses partenaires, le préventif et le curatif, la petite enfance, l'enfance et l'adolescence, ? Comment rendre effective la présence des élus du CG et des médecins de PMI dans la commission de coordination de l'ARS (art 118 de la loi HPST) ? Etc.

### **3. Dossier réorganisation des services**

Rappel : le syndicat a publié en novembre 2012 une brochure « *Réorganisations des services de PMI Guide pratique* ». Il s'est agi d'offrir un argumentaire à la fois pratique, institutionnel et légal aux collègues confrontés à des processus de réorganisation des services départementaux lorsqu'ils mettent à mal l'exercice des missions de PMI.

Ce document très argumenté s'organise en 4 parties : I. Un rappel des différents modèles théoriques d'organisation, II. Réorganisations : ce qui pose question, III. Un cadre législatif d'organisation de la PMI pertinent, IV. Les stratégies de défense d'un exercice plein et entier des missions de PMI et du cadre législatif.

Ce document a déjà contribué au succès des démarches de collègues confrontés à des réorganisations de services de PMI dans plusieurs départements.

La brochure peut être commandée gratuitement au siège du syndicat, elle est également téléchargeable<sup>6</sup>.

### **4. Dossier formation et DPC**

#### **- Formation initiale:**

Actuellement la formation initiale dure 5 jours et est assurée par l'INET de Strasbourg (Institut National des Études Territoriales). Nous demandons de revenir à une formation de 3 mois comme nous l'avons obtenu à la suite du travail avec le CNFPT il y a quelques années.

#### **- Développement Professionnel Continu (DPC) :**

Institué par la loi HPST de 2009, le DPC est entré en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013 : au minimum, chaque médecin a l'obligation de participer à une action de DPC par an.

Le dispositif fonctionne pour les médecins libéraux qui peuvent s'inscrire sur le site de l'OGDPC et obtenir ainsi une prise en charge financière.

Les médecins territoriaux ne peuvent pas accéder et enregistrer les formations effectuées. Les modalités du financement spécifique du DPC des médecins salariés non hospitaliers ne sont pas prévues par la loi (les employeurs sont censés le prendre en charge).

Pour défendre la formation continue puis le DPC des médecins de PMI, le syndicat est présent dans :

- l'Association intersyndicale pour la formation médicale continue des médecins salariés
- le Conseil National Professionnel de Santé Publique
- le Conseil National Professionnel de Pédiatrie

---

<sup>5</sup> [http://www.assureravenirpmi.org/Doc/com\\_presse\\_plate\\_forme\\_pmi\\_31jan2014.pdf](http://www.assureravenirpmi.org/Doc/com_presse_plate_forme_pmi_31jan2014.pdf)

<sup>6</sup> [http://www.snmpmi.org/IMG/pdf/guide\\_pratique\\_reorganisations\\_SNMPMI\\_nov2012\\_version\\_web.pdf](http://www.snmpmi.org/IMG/pdf/guide_pratique_reorganisations_SNMPMI_nov2012_version_web.pdf)

Dans les Conseils Nationaux Professionnels, le SNMPMI a le souci de faire prendre en compte le volet de prévention en santé globale des enfants et de leur famille, des femmes, des adolescents.

#### **- Association intersyndicale pour la formation médicale continue des médecins salariés**

Un courrier a été adressé au ministère de la santé par rapport aux difficultés de fonctionnement du DPC pour les médecins salariés. Nous avons rencontré Madame Ptakhine, conseillère de la ministre. Les différentes démarches n'ont pas abouti.

L'IGAS a été missionné par le ministère de la santé pour évaluer le dispositif DPC. Nous avons été auditionnés le 26/11/2013 : il y a beaucoup d'impensés dans le dispositif. Le rapport a été rendu au ministère.

Sophie Brunhes-Perez, présidente de l'association, participe au conseil de surveillance de l'OGDPC. Un groupe de travail a été mis en place par rapport au financement du DPC des professionnels salariés. Le rapport est rendu.

#### **- CNP de Pédiatrie (CNPP)**

Il regroupe les représentants des syndicats ou associations de médecins libéraux, salariés hospitaliers ou non hospitaliers, les sociétés savantes... Plusieurs chantiers :

- mise en place de conseils régionaux professionnels
- révision de la maquette du CES de Pédiatrie
- mise en place d'un stage de pédiatrie ambulatoire pour les internes en pédiatrie...

#### **- CNP de santé publique**

Il a été créé le 19 juin 2013 à partir de la commission thématique dénommée « CNP-SP » de la SFSP. Son AG aura lieu fin mars 2014. De nouveaux statuts seront présentés.

### **5. Colloque 2013 du SNMPMI**

Le dernier colloque « *Etre parent aujourd'hui : un jeu d'enfants ?* » a réuni près de 400 personnes. Ce fut, après celui de 2012 sur les enjeux du développement de l'enfant, un succès important, tant par le nombre d'inscrits que par la qualité des interventions. Les actes du colloque 2013 seront publiés chez érès, comme en 2011 et 2012.

La soirée en hommage à Jacqueline de Chambrun, co-organisée par le SNMPMI avec plusieurs partenaires, a également été un temps fort de ces journées : témoignage d'un engagement pionnier et créateur pour la PMI en France, au service d'une pratique de la pédiatrie humaniste et sociale que nous nous efforçons de poursuivre et d'incarner dans le paysage politique et institutionnel d'aujourd'hui. Yvette Gautier y est intervenue au titre du syndicat et en a rappelé l'histoire et les lignes de force inscrites dans notre patrimoine syndical et inspirantes pour les combats à venir.

### **6. Participation à diverses instances, groupes de travail et implication dans diverses initiatives**

#### **- Conférence nationale de santé**

Réunions plénières les 2 avril, 18 juin, 26 novembre 2013 (SNMPMI absent), 21 janvier 2014.

La CNS a apporté des contributions à la définition de la stratégie nationale de santé qui a été présentée en septembre par la ministre de la santé.

Le rapport annuel relatif aux **droits des usagers du système de santé** insiste sur le fait que les acteurs de la santé doivent se sentir responsables non seulement de leurs actes mais plus largement de l'état de santé de la population locale ce qui doit favoriser un travail de coopération avec les autres acteurs du territoire. Cette réflexion a été développée dans un groupe de travail autour de la notion de **service territorial de santé** qui a retiré de sa dénomination le mot « public ». La place du service public de PMI a été rappelée.

La CNS a été saisie le 5 décembre sur le thème : « **les jeunes et la solidarité en santé** » à partir d'un cahier des charges issu d'un débat public avec les jeunes. Une première version du texte a fait l'impasse totale sur l'existence des CPEF. Une rectification a donc été demandée pour inclure ce service public

comme une réponse majeure offerte aux jeunes car anonyme et gratuite au titre de la politique publique de PMI .

Globalement on constate que même si les valeurs de service public sont mises en avant, la notion de service public a tendance à être secondarisée voire oubliée. Il est donc nécessaire de régulièrement en faire état au sein de cette instance.

### **- Auditions dans la cadre du dispositif de protection de l'enfance**

Le SNMPMI a été auditionné à deux reprises :

- en mai 2013 par l'Observatoire National de l'Enfance en Danger et le Ministère de la famille d'une part, concernant le périmètre de l'observation de la population prise en charge dans le dispositif de protection de l'enfance (cf. document en annexe 3) ;
- en février 2014 par la mission sénatoriale mise en place à l'occasion du projet de loi sur la famille, concernant la place de la PMI dans ses articulations entre système de soins et dispositif de protection de l'enfance.

### **- Union confédérale des médecins salariés de France**

Le 1er mars 2014, nous avons participé à l'AG de l'Union Confédérale où chaque syndicat adhérent présent a fait part de ses succès, de ses difficultés et de ses inquiétudes. Depuis dix ans, les actions et préoccupations de l'Union ont surtout porté sur la mise en place des dispositifs de formation avec les aléas multiples et variés qui ont ponctué ce dossier..

Cette année, nous avons identifié plusieurs problématiques concernant presque tous les médecins salariés :

- les questions de la démographie médicale et des modifications d'exercice dont la féminisation de la profession (depuis longtemps acquise en PMI...) ;
- la question des « délégations de compétences » entre médecins et paramédicaux ;
- pour un certain nombre de syndicats, c'est l'avenir même des services et donc de leur métier qui est en jeu à court, moyen ou long terme ;
- la mise en place de la stratégie nationale de santé avec l'accent mis sur la prévention, la lutte contre la désertification médicale et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Mais, dans la réalité, que restera-t-il vraiment de cette volonté affichée, dans la loi de Santé publique en préparation ? L'AG a donc décidé de prévoir un temps de réflexion et de travail en commun au cours d'un séminaire le 21 juin 2014.

Nous avons conclu sur ces mots : il faut exister, il faut produire (de la pensée...), il faut travailler ensemble !

### **- Colloque santé du CNFPT et journée professionnelle nationale des médecins territoriaux**

Le CNFPT (Centre national de la fonction publique territoriale) organise la 7ème édition des Rencontres territoriales Collectivités territoriales et la santé publique. Celles-ci se dérouleront les 24 et 25 septembre 2014 à Nancy, elles déclineront le thème « Construire des dynamiques territoriales favorables à la santé - Quels acteurs ? Quelles actions ? Quelles articulations ? Quelles évaluations ? ».

Le SNMPMI participe au comité de pilotage de ce prochain colloque.

D'autre part, le syndicat est sollicité pour participer à la 1ère journée nationale des médecins territoriaux organisée par le CNFPT et Méditoriales le 21 mars 2014. Nous animerons une table-ronde sur l'actualité concernant la PMI et les quelques services territoriaux de santé scolaire sur le thème « place de la PMI et des services territoriaux de santé scolaire dans les débats actuels sur la stratégie nationale de santé et la future loi de santé publique ».

### **- Société française santé publique**

L'implication du SNMPMI dans la SFSP se matérialise notamment par : la participation au Conseil d'administration, au Conseil national professionnel de santé publique, au Comité scientifique des Congrès (2007, 2013) de la SFSP, à l'élaboration des documents de référence proposés par la SFSP

dans le cadre de la stratégie nationale de santé sur la prévention et sur la gouvernance du système de santé, au groupe de travail sur la capitalisation d'actions de santé publique en petite enfance

#### **- Société française de pédiatrie**

Année de transition, le SNMPMI n'a pas eu de représentant-e dans cette instance, à partir de 2014 Nancy Grime devrait y porter nos préoccupations et propositions.

#### **- Contribution par des articles à des revues professionnelles**

Nous avons contribué par des articles dans plusieurs revues (Tribune dans la *Gazette des communes* du 25 novembre 2013, lire en annexe 4, article sur les enjeux d'avenir pour la PMI dans la revue *Cahiers de Santé publique et Protection sociale* des centres de santé, article sur les enjeux du dispositif de protection de l'enfance du point de vue de la PMI dans la revue *Enfance & Psy*, article sur l'articulation entre l'approche clinique et la démarche de santé publique dans la revue *Enfance & Psy*, article sur les enjeux de prévention des modes d'accueil dans les *Cahiers de la puéricultrice*).

#### **- Participation aux travaux de l'association Sparadrap**

Nous avons participé à la rédaction d'une plaquette : « Votre enfant à mal, que faire ? » sortie en octobre 2013 et une fiche : « L'opération du prépuce » à paraître prochainement

#### **- Collectif « Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans » et collectif "Construire ensemble la politique de l'enfance" (CEPE)**

Le syndicat reste investi dans le collectif *Pasde0deconduite*. Celui-ci a œuvré au lancement d'un appel pour la création d'un Conseil national de l'enfance et d'une Instance interministérielle à l'enfance chargés de coordonner et mettre en cohérence les politiques sectorielles en faveur de l'enfance. Le collectif CEPE constitué à cette occasion regroupe plus de 90 organisations. Ses travaux sont consultables sur <http://www.cep-enfance.blogspot.fr/>. *Pasde0deconduite* a aussi publié récemment une tribune sur Mediapart s'inquiétant de la mise en place de programmes de stimulation langagière intensive dans les crèches (à Grenoble, Lille, Ile et Vilaine)<sup>7</sup>.

Pour mémoire le site du collectif *Pasde0deconduite* : [www.pasde0deconduite.org](http://www.pasde0deconduite.org)

#### **- Modes d'accueil de la petite enfance et participation à « Pas de bébés à la consigne »**

Le syndicat reste également actif dans les travaux de « Pas de bébés à la consigne » pour promouvoir un accueil de qualité pour la petite enfance. Ce collectif a participé à la consultation gouvernementale sur l'accueil de la petite enfance début 2013 en adressant une contribution écrite. Le SNMPMI avait également adressé sa propre contribution, s'appuyant sur celle du collectif et la complétant pour des aspects touchant à l'exercice des missions des médecins et des services de PMI dans le domaine des modes d'accueil<sup>8</sup>. « Pas de bébés à la consigne » continue sa mobilisation notamment pour l'abrogation et la réforme du décret Morano sur l'accueil collectif. Il a rendu public un document de propositions début 2014<sup>9</sup>. Travaux de « Pas de bébés à la consigne » sur : <http://www.pasdebebesalaconsigne.com/>. Le syndicat est aussi présent au comité partenarial de la CNAF aussi régulièrement que possible. Il a également été consulté pour la rédaction du référentiel d'agrément des assistantes familiales à la DGAS, destiné aux services des départements en charge de l'agrément. La 6<sup>ème</sup> et dernière réunion aura lieu le 1<sup>er</sup> avril et permettra la publication d'un décret relatif à ce référentiel.

## **7. Fonctionnement du syndicat**

#### **- Site internet et newsletter**

Le site du SNMPMI reste la principale voix de communication et de médiatisation vers l'extérieur des analyses et prises de position du syndicat. L'audience du site se situe cette année entre 1200 et 3400

---

<sup>7</sup> <http://blogs.mediapart.fr/edition/les-batailles-de-legalite/article/170314/terra-nova-noubliez-pas-ce-que-parler-veut-dire>

<sup>8</sup> [http://www.snmpmi.org/IMG/pdf/SNMPMI\\_contribution\\_consultation\\_modesaccueil\\_janv2013\\_vweb.pdf](http://www.snmpmi.org/IMG/pdf/SNMPMI_contribution_consultation_modesaccueil_janv2013_vweb.pdf)

<sup>9</sup> [http://www.pasdebebesalaconsigne.com/DOC/Propositions\\_pasdeBBconsigne\\_reforme\\_decret\\_morano\\_fev2014.pdf](http://www.pasdebebesalaconsigne.com/DOC/Propositions_pasdeBBconsigne_reforme_decret_morano_fev2014.pdf)

connexions par mois (moyenne 1950). La newsletter est à relancer, faisant appel à des collègues prêt-es à s'y investir.

#### **- Fonctionnement local du syndicat**

La mobilisation du début 2014 pour assurer l'avenir de la PMI a été l'occasion d'activer, réactiver ou de renforcer des liens localement, avec les collègues médecins de PMI et également avec les autres syndicats présents dans les services de PMI. Cette expérience ouvre une opportunité pour prolonger ces regroupements, à la fois en re-vitalisant des sections locales du SNMPMI et en faisant vivre des intersyndicales durables dans les départements.

#### **- Bureau, comité de coordination, groupes thématiques**

Le comité de coordination fonctionne chaque mois avec la participation régulière d'une vingtaine de collègues aux réunions. Des groupes thématiques constitués ont continué de bien fonctionner et de produire des documents, de préparer des entrevues... (Statut, préparation du colloque, sollicitations à l'égard du syndicat pour participer à des projets de recherche,...). Tous les collègues qui le souhaitent sont bienvenu-es pour participer à ces travaux.

#### **- Secrétariat**

Le secrétariat reste assuré principalement par Colette Bauby, Nancy Grime, Dominique Goriaux, Marion Duval et Claire Meunier (secrétariat courant, convocations et comptes-rendus, secrétariat du colloque) en lien avec les secrétaires de la maison syndicale, Diana et Claudine. Un renforcement du secrétariat est également indispensable pour assurer un relais dans un avenir de court et moyen terme.

#### **- Trésorerie**

La trésorerie, assurée par Marienne Rosenwald, va être reprise par Elisabeth Jude-Lafitte. Une nouvelle procédure d'appel à cotisation a été mise en place depuis 2010 pour assurer leur collecte dès le premier trimestre de l'année. Pour cela l'AG, qui se tient toujours en début de 2ème trimestre, vote les tranches de cotisations pour les deux années à suivre (cf. rapport financier).

Les secrétaires et trésorières du SNMPMI participent aux réunions concernant la gestion de la « Maison syndicale » dont la location incombe à l'Union des syndicats de médecins de Centres de santé.

#### **- S'appuyer sur l'engagement et les succès du syndicat pour lancer une campagne de syndicalisation**

Le SNMPMI a montré ces dernières années son dynamisme sur les différents terrains de l'action syndicale :

- défense statutaire avec la revalorisation en cours,
- défense de la PMI avec l'action "avenir de la PMI",
- cadre de réflexion sur les missions et la politique de PMI, avec la tenue de nos colloques, les publications, la participation aux diverses instances et collectifs.

L'année 2013-2014 a été particulièrement démonstrative de nos engagements.

Il est important pour l'avenir du syndicat de s'appuyer sur ces succès, pour élargir notre audience et proposer à nos collègues de se syndiquer et de se mobiliser plus activement avec nous.

Une plaquette du syndicat a été élaborée pour y contribuer (téléchargeable sur le site<sup>10</sup>), des réunions locales pourraient être organisées pour rassembler les collègues intéressé-es par notre action.

***L'avenir de la PMI dépend aussi - un peu - de celui du SNMPMI, à nous tous-tes de jouer !***

Rapport d'activité élaboré par Pierre Suesser  
avec la participation de Colette Bauby, Marie-Christine Colombo, Dominique Goriaux, Nancy Grime, Elisabeth Jude-Lafitte.

21 mars 2014

---

<sup>10</sup> [http://www.snmpmi.org/IMG/pdf/depliant\\_snmpmi\\_2014\\_vweb.pdf](http://www.snmpmi.org/IMG/pdf/depliant_snmpmi_2014_vweb.pdf)



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.



## Annexe 2

### Projet de décret statutaire MÉDECINS TERRITORIAUX (CSFPT du 5 février 2014)

Dispositions actuelles FPT	Projet FPT		MEN <sup>(1)</sup>		MISP <sup>(2)</sup>
IB actuels (IM)	Echelons	Indices bruts (Ind Maj)	IB		IB
<b>Médecin hors classe</b>			Conseiller technique*		Médecin général de santé publique
			Groupe I	Groupe II	
	<b>échelon spécial<sup>(a)</sup></b>	<b>HEBbis (1058-1086-1115)</b>			
HEB	<b>5<sup>e</sup> échelon</b>	<b>HEB (963-1004-1058)</b>		HEB	
HEA	<b>4<sup>e</sup> échelon</b>	<b>HEA (881-916-963)</b>		HEA	
1015	<b>3<sup>e</sup> échelon</b>	<b>1015 (821)</b>	HEB bis	1105	HEC
966	<b>2<sup>e</sup> échelon</b>	<b>966 (782)</b>	HEB	966	HEB
901	<b>1<sup>er</sup> échelon</b>	<b>901 (734)</b>	HEA	901	HEA
↑	<b>Médecin de 1<sup>ère</sup> classe</b>				Médecin en chef
					<b>7<sup>e</sup> éch</b>
	<b>6<sup>e</sup> échelon</b>	<b>HEA (881-916-963)</b>	HEA		HEA
1015 (821)	<b>5<sup>e</sup> échelon</b>	<b>1015 (821)</b>	1015		1015
966 (782)	<b>4<sup>e</sup> échelon</b>	<b>966 (782)</b>	966		966
901 (734)	<b>3<sup>e</sup> échelon</b>	<b>901 (734)</b>	901		901
830 (680)	<b>2<sup>e</sup> échelon</b>	<b>852 (696)</b>	852		830
750 (619)	<b>1<sup>er</sup> échelon</b>	<b>801 (658)</b>	801		750
↑	<b>Médecin de 2<sup>ème</sup> classe</b>				Médecin de santé publique
11 <sup>e</sup> éch 852 (696)					
10 <sup>e</sup> éch 821 (673)					
772 (635)	<b>9<sup>e</sup> échelon</b>	<b>966 (782)</b>	966		966
750 (619)	<b>8<sup>e</sup> échelon</b>	<b>901 (734)</b>	901		901
701 (582)	<b>7<sup>e</sup> échelon</b>	<b>852 (696)</b>	852		852
655 (546)	<b>6<sup>e</sup> échelon</b>	<b>801 (658)</b>	801		801
612 (514)	<b>5<sup>e</sup> échelon</b>	<b>750 (619)</b>	750		750
563 (477)	<b>4<sup>e</sup> échelon</b>	<b>701 (582)</b>	701		701
513 (441)	<b>3<sup>e</sup> échelon</b>	<b>655 (546)</b>	655		655
480 (416)	<b>2<sup>e</sup> échelon</b>	<b>588 (496)</b>	588		588
429 (379)	<b>1<sup>er</sup> échelon</b>	<b>528 (452)</b>	528		528

<sup>(1)</sup> MEN = médecins de l'éducation nationale    <sup>(2)</sup> MISP = médecins inspecteurs de santé publique

<sup>(3)</sup> Les flèches indiquent les échelons à partir desquels un avancement de grade est possible sous conditions d'ancienneté

<sup>(a)</sup> échelon spécial contingenté à 25% de l'effectif des médecins hors-classe dans les collectivités > 900 000 habitants et à 34% dans celles < 900 000 habitants

\* Conseiller technique: 3 groupes. Pour le groupe III: IB 841, 871, 916, 966, 1015, HEA.

## Annexe 3

### Audition du SNMPMI concernant le périmètre de l'observation de la population prise en charge dans le dispositif de protection de l'enfance. (mai 2013)

L'article L.226-2-1 du CASF stipule que « (...) les personnes qui mettent en œuvre la politique de la protection de l'enfance (...) ainsi que celles qui lui apportent leur concours transmettent sans délai au président du conseil général (...) toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être, au sens de l'article 375 du code civil<sup>11</sup> (...) ». Cette référence à l'article 375 renvoie donc à des situations d'une gravité certaine.

Lorsqu'une information arrive à la CRIP pour la saisir de la situation d'un enfant, elle est considérée comme potentiellement préoccupante. Si cela s'avère pertinent, la CRIP doit alors procéder ou faire procéder à une évaluation. Cette information est confirmée comme préoccupante dès lors qu'au terme de cette évaluation il ressort que la santé, la sécurité ou la moralité de l'enfant sont en danger, ou alors que les conditions de son éducation, de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, et qu'une prestation ou une mesure en cours d'aide sociale à l'enfance doit être poursuivie ou qu'une proposition de mesure de protection administrative ou judiciaire doit être transmise à l'autorité compétente.

C'est à partir du stade de confirmation de l'information préoccupante qu'elle entre dans le cadre du système de traitement de données prévu aux articles L.226-3 et L.226-3-1 du CASF et précisé par l'Art. D. 226-3-1 : il s'agit en effet de « *contribuer à la connaissance de la population des mineurs en danger ainsi qu'à l'activité des cellules de départementales (...) et des services de protection de l'enfance, et (...) de faciliter l'analyse de la cohérence et de la continuité des actions mises en œuvre au bénéfice des mineurs et de leur famille au titre de la protection de l'enfance* ». Ceci est confirmé par l'annexe I.3 relatif à la codification du type d'événement qui fait référence « *à une entrée ou à un maintien dans la protection de l'enfance* ».

Autrement dit, nous rejoignons le constat figurant dans la note de problématique du 19 avril 2013, à savoir que l'information préoccupante « *est une porte d'entrée dans le dispositif d'observation (décret du 28 février 2011), dès lors que cette information est suivie d'une mesure de protection de l'enfance* ».

La Cour des Comptes, dans son *Rapport public thématique d'octobre 2009 sur « La protection de l'enfance »*<sup>12</sup> indiquait que : « *Le dispositif de recueil des informations préoccupantes doit minimiser le risque de non détection d'enfants en danger mais, également, éviter l'afflux massif d'informations infondées.* ». Le dispositif d'observation doit donc trouver son juste périmètre par la mise en évidence de bornes pertinentes pour permettre l'étude statistique des situations relevant de toute la diversité des prises en charge au titre du dispositif de protection de l'enfance, mais n'excédant pas cette étendue.

Ainsi, les situations entrées dans le champ de l'évaluation, au titre d'information préoccupante peuvent après évaluation s'avérer non confirmées, et par conséquent concerner le travail d'accompagnement et de prévention de terrain ne relevant pas du dispositif de la protection de l'enfance – *enfants en danger ou en risque de danger* –, ou au contraire être confirmées et prises en compte dans ce dispositif au titre de prestations ou de mesures administratives ou judiciaires d'aide sociale à l'enfance. Dans le premier cas elles ne devront pas être traitées au titre du système d'observation, alors que dans le second elles viendront l'abonder.

---

<sup>11</sup> L'article 375 évoque les « *mesures d'assistance éducative [qui] peuvent être ordonnées* » dans les deux catégories de situations suivantes : « *Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises* ».

<sup>12</sup> Cour des Comptes. Rapport public thématique d'octobre 2009 sur « La protection de l'enfance », p. 17. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000471/0000.pdf>

Les informations préoccupantes confirmées, qu'elles donnent lieu à des suites administratives (hors aide financière) ou judiciaires, entrent donc dans le périmètre d'observation, conformément aux termes du décret du 28 février 2011, ce qui est légitime pour que le dispositif d'observation prenne en compte l'ensemble des situations d'enfants considérées comme préoccupantes au sens de l'article 375 du code civil.

Cette préconisation (ne traiter dans le système d'observation que les informations préoccupantes confirmées et les traiter exhaustivement quelle que soit la prestation ou la mesure de protection adoptée) vise à la fois à répondre au cadre légal mais également à favoriser une observation aussi robuste et fiable que possible. Le critère d'entrée dans le dispositif étant dès lors clairement lié à l'existence d'une mesure ou d'une prestation relevant explicitement de l'autorité administrative ou judiciaire, il ne dépendra pas de la variabilité d'appréciation inter-observateurs de terrain et évitera les biais de sélection des situations. Ainsi ce critère objectif prévient des biais d'interprétation soit trop extensive soit trop restrictive pour l'entrée dans le système d'observation, ce qui correspond au champ ni trop étroit ni trop large défini par la loi pour les informations préoccupantes au titre de la protection de l'enfance.

Nous relevons toutefois que certaines des données recueillies (annexe V.2 du décret relative aux « *Problématiques familiales observées ou prises en compte dans le cadre de l'évaluation ou des bilans* ») demeurent fragiles en terme de fiabilité et de validité, du fait du caractère binaire de variables destinées à caractériser des phénomènes complexes, et dont l'appréciation est très dépendante du professionnel à l'origine du recueil. Nous rappelons également que le nombre élevé des variables à encoder et l'hétérogénéité très grande des conditions de recueil et de traitement des informations entre départements nous laisse interrogatifs sur la possibilité de rendre le présent dispositif d'observation suffisamment robuste et fiable.

Il convient donc de préciser ici que les enjeux d'observation et d'analyse des situations et des parcours en protection de l'enfance ne sauraient se résumer au dispositif prévu par le décret du 28 février 2011. En effet la complexité des situations et des évolutions dans le cadre d'un suivi longitudinal justifie de compléter un recueil statistique nécessairement réducteur et soumis aux aléas précédemment évoqués, par des études plus fines de type socio-anthropologique sur la base de techniques qualitatives (monographies, entretiens non ou semi directifs, etc.).

## Annexe 4

LA GAZETTE • 25 NOVEMBRE 2013

### Attention à la fragilisation des équipes de PMI



S. CANNASSE

**Pierre Suesser**, président du Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile (SNMPMI), auteur de « Petite enfance, penser la prévention en grand », éditions Erès, 2013

Parmi les maîtres mots de la stratégie nationale de santé figurent les notions de promotion de la santé, prévention, parcours de santé coordonné, prise en charge globale, coopération entre professionnels, service public territorial de santé... Simultanément, les services de PMI – qui ont fait leurs preuves en appliquant ces principes de longue date – sont fragilisés dans de nombreux départements. Beaucoup de consultations de nourrissons et de femmes enceintes, de bilans de santé en maternelle sont supprimés. Les délais de rendez-vous s'allongent, le suivi d'enfants après 2 ans se restreint, les visites à domicile en pré et post-natal se raréfient. On ne compte plus les postes vacants (médecins, mais aussi puéricultrices et sages-femmes). Le désengagement de cette politique de santé publique par les ministères de la Santé successifs, combiné à l'investissement très inégal de leurs missions de santé par les départements, y est pour beaucoup. Cela, alors que la prévention reste peu valorisée dans notre système et qu'il manque une gestion prospective pertinente de la démographie professionnelle. Ainsi 66% des médecins de PMI seront retraités en

2020, mais le gouvernement tarde encore à réaligner leur statut sur celui homologué à l'Etat (réformé il y a treize ans) malgré un avis unanime en ce sens du Conseil supérieur de la FPT et le risque 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. Alors oui, une stratégie nationale de santé digne de ce nom suppose d'associer sur chaque territoire les équipes de PMI à une instance publique formalisant une coopération locale fonctionnelle avec les acteurs de santé concernés. Mais pour cela, le dispositif de PMI doit bénéficier d'une nouvelle impulsion des pouvoirs publics : création d'une instance nationale définissant la politique de promotion et protection de la santé familiale et infantile; plan d'urgence pour accroître la démographie professionnelle intervenant en PMI; maintien dans tous les départements de services de PMI dirigés par un médecin et comprenant des personnels qualifiés aux plans médical, paramédical, psychologique, social; accroissement du financement de la PMI par l'Etat et les agences régionales de santé, l'assurance maladie et les collectivités.