



RAPPORT DU

GROUPE DE TRAVAIL

MEDECINS TERRITORIAUX

Séance Plénière du 24 avril 2013

Rapporteurs : Messieurs Claude MICHEL, Daniel LEROY et Didier PIROT

Conseil supérieur de la fonction publique territoriale – Ministère de l'Intérieur
Place Beauvau – 75800 PARIS Cedex 08
Tél. : 01.53.43.84.10 – Fax : 01.53.43.84.11 – Site internet : www.csft.org

Sommaire

Avant-propos	3
STATISTIQUES	6
I. Missions.....	7
A. Médecins de PMI.....	8
B. Médecins de prévention	9
C. Médecins de SDIS	11
D. Autres médecins.....	13
II. Recrutement : Des modalités de recrutement à réviser pour faire face à la pénurie de la profession.....	14
A. Les conditions actuelles pour l'accès au concours	14
B. Les modalités d'organisation et le contenu des épreuves du concours.....	15
III. Formation : Une formation aux multiples facettes, à renforcer et à baliser	17
A. La nécessité de l'accomplissement réel de la formation médicale continue	18
B. Une meilleure formation aux responsabilités confiées	18
C. La mise en place d'une convention entre le Conseil de l'Ordre des médecins et le CNFPT	19
IV. Déroulement de carrière	21
A. Situation actuelle.....	21
B. Propositions	22
V. Déontologie	27
A. Problèmes matériels.....	27
B. Problèmes d'exercice.....	27
CONCLUSION.....	29
PROPOSITIONS DU GROUPE DE TRAVAIL MEDECINS	30
ANNEXES.....	31

Avant-propos

Lors de la réunion du bureau du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Territoriale en date du 09 janvier 2013, la constitution d'un groupe de travail spécifique sur les médecins territoriaux a été souhaitée. Cela faisait suite à l'inscription par la DGCL, à l'ordre du jour de la plénière de février, de deux projets de décrets modifiant le statut particulier et l'échelonnement indiciaire des médecins territoriaux.

Or, à la demande à la fois des employeurs territoriaux et des organisations syndicales, il est apparu nécessaire d'élargir le débat et d'avoir une vision globale. La revalorisation indiciaire des médecins territoriaux, bien que souhaitée dans le rapport du CSFPT de 2005 n'est pas forcément la seule réponse à un problème de pénurie des médecins territoriaux, notamment des médecins de prévention. Le problème est beaucoup plus large et se situe au niveau national. De plus, c'est un sujet qui impacte les trois versants de la fonction publique. Il faut rappeler que le rapport de 2005 avait dégagé les problématiques et émis des propositions qui sont restées sans réponse.

C'est dans ce contexte, que le groupe de travail s'est réuni à quatre reprises pour analyser le dossier, voir qu'elles étaient les attentes et formuler des propositions.

En tout état de cause, l'inadéquation des besoins et des moyens, renforcée par un contexte réglementaire toujours plus contraignant est préoccupante.

Avant toute chose, il est nécessaire de repositionner le débat sur le statut des médecins territoriaux dans le cadre plus général de l'évolution de la santé. En effet, la question du devenir des médecins territoriaux est indissociable de la question de la médecine ambulatoire publique, de l'accès aux soins, de la prévention et de la sécurité au travail. Trois points doivent être pris en compte : la désertification médicale, les inégalités de santé et la question des parcours de soin.

De plus, en 2012, le nombre de médecins a baissé légèrement pour la première fois et ce mouvement devrait continuer durant 5 ans. En parallèle, le ratio médecin/population s'est détérioré alors que la durée de vie s'est allongée et que le nombre de naissances augmentait.

L'actualité montre que l'on est à la recherche de solutions pour améliorer l'offre de soins et lutter contre la pénurie de médecins et les déserts médicaux. Cela ne se limite pas au débat sur l'augmentation du *numerus clausus* qui ne semble pas suffisant. Ainsi, la ministre des Affaires Sociales, Madame Marisol TOURAINE a proposé un certain nombre de mesures. Dans le même temps, le rapport Couty sur l'hôpital a été remis le 04 mars dernier à la Ministre et l'Association des Petites Villes de France a également présenté son livre blanc sur la santé, l'offre de soins et les petits hôpitaux le 06 mars.

La ministre de la Santé, Madame Marisol Touraine, a dévoilé le 13 décembre 2012, son plan de lutte contre les déserts médicaux, en douze mesures. Un des engagements consiste à accorder "dans les cinq ans à venir", 1.500 bourses de "service public". Il consiste à accorder une allocation mensuelle aux étudiants pendant leur cursus universitaire, et, en contrepartie, ceux-ci s'engagent à exercer dans une zone sous-médicalisée. Une fois formés, ces jeunes médecins se verront garantir leur installation, pour ceux qui le souhaitent. Pour cela, un maillage de 200 praticiens territoriaux de médecine générale sera mis en place en 2013, avec la garantie d'un revenu net mensuel de 4 600 euros durant deux ans pour ceux qui s'installeront en zone isolée. A ce titre, un "référént installation" sera créé dans chaque agence régionale de santé (ARS). Il est rappelé que le traitement indiciaire brut de début de carrière des médecins territoriaux lié à l'indice brut 429 est de 1 754,88 euros.

L'Association des Petites Villes de France a pour sa part souligné la nécessité de «rendre les filières plus performantes et les territoires plus attractifs» et pense qu'il faut aller plus loin que le praticien territorial, en encourageant le salariat dans le cadre du développement des maisons pluridisciplinaires de santé. Selon elle, «la contrainte serait l'étape ultime si tout le reste échoue, mais n'est pas la meilleure formule».

Avec le vieillissement de la population, l'accroissement des pathologies chroniques, les inégalités d'accès liées au reste à charge financier, le développement de la médecine publique ambulatoire représentée par la médecine territoriale (centres de santé, PMI et SDIS) est un véritable enjeu. En effet, la médecine territoriale est un mode d'exercice de la santé publique de proximité capable de répondre de façon adaptée aux différentes problématiques sanitaires et médico-sociales des populations en fonction de la particularité des territoires (concentration de difficultés sociales ou isolement massif de la ruralité). Cet exercice de la médecine a toute sa place en complémentarité de l'exercice de cabinet et/ou hospitalière. Elle pourrait s'inscrire de façon plus appuyée, notamment dans le cadre des réseaux villes-hôpitaux et des filières soins.

Outre ces aspects, le groupe a noté que d'autres critères entraînent en ligne de compte dans le choix des territoires d'exercice des jeunes médecins : emploi pour le conjoint, attractivité des installations scolaires, crèches (beaucoup de femmes médecins) ou de loisirs. De même, le salariat peut être choisi, pour avoir moins de contraintes horaires. L'exercice salarié au sein de la FPT présente un certain nombre d'avantages : travail en équipe, mise en œuvre de coopérations interprofessionnelles, prise en charge globale et coordonnée des patients, des usagers et agents de la Fonction publique territoriale. Reste la faible attractivité des salaires qui constitue un frein pour des recrutements pérennes.

On voit donc bien que le dossier sur les médecins territoriaux s'inscrit dans un mouvement plus large et qu'aucun élément ne doit être négligé.

STATISTIQUES

Au 31/12/2007 (source synthèse nationale des rapports au CTP sur l'état des collectivités territoriales – effectif INSEE/COLTER):

On comptait :

- 3232 médecins titulaires et 1871 non titulaires sur emplois permanents soit un total de **5103**.
- 246 médecins/pharmaciens de sapeurs-pompiers titulaires et 29 non titulaires.

-La répartition entre les 3 grades du cadre d'emplois en % était de : 22,9%, **57%** et 20%.
En ce qui concerne les médecins de spp : 28,7%, **51,2%**, 10,5% et 9,6%

-9,4% des agents titulaires étaient à temps non complet.
Pour les médecins de spp : 6,7%.

Au 31/12/2009 (source synthèse nationale des rapports au CTP sur l'état des collectivités territoriales – effectifs estimés bilans sociaux):

On comptait :

- 3050 médecins titulaires et 2228 non titulaires sur emplois permanents soit un total de **5278**.
Le poids des non titulaires sur emplois permanents est donc de 42,2% (il était de 37,3% en 2007).
- 246 médecins/pharmaciens de sapeurs-pompiers titulaires et 35 non titulaires.

La répartition entre les 3 grades du cadre d'emplois en % était de : 19,8%, **43,9%** et 36,4%.
En ce qui concerne les médecins de spp : 23,5%, **41,2%**, 24,6% et 10,7%.

-10,1% des agents titulaires étaient à temps non complet.
Pour les médecins de spp : 7%.

Il est également à noter qu'il s'agit **d'un cadre d'emplois très féminisé** : 89,9% au 31/12/2009 pour les titulaires et 60,5% pour les non titulaires sur emplois permanents.

Si on reprend les chiffres de 2005 et de 2006, on constate **une forte baisse des effectifs** :
En 2005, on comptait **8 600 agents** dont 5 774 non titulaires
Et en 2006 **7 882 agents** dont 3 717 non titulaires (source DADS 2006/INSEE).

De plus, l'âge moyen des médecins au 31/12/2006 était de 48 ans et 7 mois pour les titulaires et de 47 ans et 8 mois pour les non titulaires. **En 2020, 66% des titulaires auront atteint l'âge moyen de départ à la retraite. En 2009, 55% des médecins du travail avaient plus de 55 ans.** Ce sont plus de 4 000 médecins qui auront atteint ou dépassé l'âge légal de départ à la retraite d'ici 5 ans et plus de 5 600 à l'horizon de 10 ans, soit près de 80% de la population totale des médecins du travail (rapport Dellacherie Frimat Leclercq d'avril 2010).

I. Missions

(Voir fiches métiers du CNFPT en annexe 1)

Les missions figurent dans le décret n° 92-851 du 28/08/92 modifié. Les médecins territoriaux :

- ❖ Sont chargés d'élaborer les projets thérapeutiques des services ou établissements dans lesquels ils travaillent,
- ❖ Sont chargés également des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé,
- ❖ 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,
- ❖ Peuvent se voir confier des missions de contrôle, des études ou des fonctions comportant des responsabilités particulières,
- ❖ Peuvent assurer la direction des examens médicaux des laboratoires territoriaux ou collaborer à des tâches d'enseignement, de formation et de recherche dans leur domaine de compétence,
- ❖ Ont vocation à diriger les services communaux d'hygiène et de santé, les services départementaux de protection maternelle et infantile, de l'aide sociale et de santé publique. Peuvent également exercer la direction des laboratoires d'analyses médicales et des centres d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées.

Quelques rectificatifs sont proposés :

- **Substituer** : «Peuvent se voir confier des missions de contrôle» remplacé par «assurent des missions de contrôle».
- **Ajouter** «Ils sont associés à l'enseignement, à la formation et à la recherche» et «peuvent être maîtres de stages pour des internes».
- **Ajouter** «Ils (peuvent) encadrent(er) des équipes médico-sociales et dirigent(er) des services».
- **Ajouter** «Ils peuvent participer à la protection de l'enfance».
- **Ajouter** : «Ils peuvent exercer une médecine de soins et de prévention dans le cadre de l'ensemble des structures de santé et médico-sociales, gérées par les collectivités territoriales».
- **Ajouter** : «Ils peuvent exercer des missions de médecine professionnelle et de prévention».

A. Médecins de PMI (voir annexe 2)

On constate un développement important des missions confiées par la loi aux services de PMI et la difficulté pour toutes les assumer, du fait de la pénurie de médecins. 10% des postes de médecins de PMI étaient vacants en 2010 dans 37 départements et 74% des cadres de santé de PMI (médecins, puéricultrices et sages-femmes) seront à la retraite en 2020. On assiste à une baisse significative des recrutements de médecins de PMI. Le rapport de l'Assemblée Nationale sur la médecine scolaire rapporte qu'en 30 ans, la courbe des recrutements annuels des médecins de PMI est passée de 80 à 8. Se pose le problème de la déclaration des postes vacants par les collectivités afin que des concours puissent être organisés.

La loi n°2007-293 du 5 mars 2007 (article 1) dispose que : «les compétences dévolues au département par l'article L. 1423-1 et par l'article L. 2111-2 sont exercées sous l'autorité et la responsabilité du président du conseil général, par le service départemental de protection maternelle et infantile qui est un service non personnalisé du département». «Ce service est dirigé par un médecin et comprend des personnels qualifiés notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique...».

Cette même loi donne compétence aux PMI dans le domaine de la prévention sociale et médico-sociale, de façon beaucoup plus marquée qu'avant (voir extraits du Code de la santé publique ci-après). Des moments clefs de la prévention sont identifiés au cours de la période périnatale et de l'enfance. Le suivi médical des enfants est renforcé.

En 2006, le rapport de l'IGAS sur la PMI soulignait que l'on assistait à un glissement des activités de PMI vers la protection de l'enfance et les modes d'accueil, au détriment des missions de santé, notamment celles destinées au suivi des enfants de moins de 6 ans. Dans de nombreux départements, a été mise en place une priorisation qui se fait sur les très jeunes enfants de 1 à 2 ans. Depuis la décentralisation qui a confié la responsabilité de ces services aux conseils généraux, il existe un problème de financement, avec une remise en cause de l'équilibre du financement tripartite. Les financements issus des dotations de décentralisation et de l'assurance maladie couvrent moins de 20% des dépenses, alors qu'ils en représentaient les 2/3 au début des années 80.

B. Médecins de prévention

(Extraits de la fiche V de la circulaire du 12/10/2012 de la DGCL)

L'accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique signé le 20 novembre 2009 avait pour objectif de rénover la politique des employeurs publics en matière de protection de la santé et de la sécurité afin d'améliorer les conditions de travail des agents. Le décret n°85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la FPT a donc été modifié par le décret n°2012-170 du 03 février 2012.

Le nombre de médecins de prévention est fonction de l'effectif des personnels dont ce service assure la surveillance médicale. Le temps minimal que le médecin doit consacrer à ses missions est fixé à une heure par mois pour 20 agents et à une heure par mois pour 10 agents pour lesquels il lui incombe d'exercer une surveillance médicale particulière (travailleurs handicapés, réintégré après CLM ou CLD, agents sur postes avec risques spéciaux...).

Les missions des médecins de prévention sont définies par le chapitre II du titre III du décret n°85-603 du 10 juin 1985 :

En vertu de l'article 108-2 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984, les médecins de prévention sont chargés de prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des agents.

Ils ont donc deux grands types de **moyens d'action** :

1°-L'action sur le milieu professionnel qui leur permet d'évaluer les conditions de travail et d'agir sur elles. Ils peuvent donc visiter les lieux de travail ou plus particulièrement un poste de travail si un problème se pose plus spécifiquement à un agent. Ils le font à leur initiative, à la demande de l'autorité territoriale ou des agents eux-mêmes. A ce titre, ils sont les conseillers des agents et de l'autorité territoriale.

2°-La surveillance médicale des agents qui s'exerce dans le cadre de la visite médicale et/ou au vue des résultats d'examen complémentaires prescrits par les médecins de prévention.

Au titre du 1°, les médecins consacrent au moins un tiers de leur temps. Ils rendent compte des actions qu'ils ont menées en CHSCT.

Il faut également ajouter l'intervention des médecins de prévention conformément au décret n°87-602 du 30 juillet 1987. En vertu de ce texte, ils assurent le suivi des dossiers médicaux auprès des instances concernées (comité médical, commission de réforme) en jouant un rôle consultatif important sous la forme d'avis ou d'observations écrites. Ils peuvent également être amenés à intervenir dans le cadre de la procédure de reclassement d'un fonctionnaire devenu inapte à l'exercice de ses fonctions.

Ils sont nécessairement convoqués aux séances du CHSCT et doivent apporter à cet organisme consultatif des éléments d'information et de réflexion utiles à l'orientation de ses délibérations ; ils peuvent proposer des actions ciblées. Ils présentent au CHSCT, qui l'examine, leur rapport annuel d'activité écrit.

Le constat partagé est celui de la pénurie de médecins de prévention alors que dans le même temps, la demande d'interventions de médecins dans les collectivités augmente, notamment au regard de l'allongement de la vie professionnelle (réforme des retraites) et au souhait de maintenir les agents dans l'emploi le plus longtemps possible. De plus, la FPT compte un nombre important d'agents de catégorie C exerçant des métiers manuels et dans des secteurs concernés par la pénibilité (cas des SDIS par exemple).

Par ailleurs, on assiste à un désengagement des services interentreprises qui ne souhaitent plus intervenir qu'auprès des entreprises du secteur privé et résilient les conventions passées dans la fonction publique. Dans ce cadre, on assiste à un glissement des missions exercées par les médecins territoriaux. C'est le cas d'un tiers de ceux-ci, bien que ce ne soit pas leur mission première, en principe. D'où la nécessité d'avoir un nombre suffisant de médecins formés.

La DGAFP, sensibilisée à ce problème, a d'ailleurs initié un groupe de travail sur la médecine de prévention, dans le cadre de l'accord «Santé Sécurité au travail» de 2009. En effet, les CHSCT doivent se mettre en place.

Il a été rappelé l'importance de la prévention, du fait de l'évolution de la société et des conditions de travail depuis quelques années. La prévention est fondamentale dans ce contexte.

Par ailleurs, a été souligné le risque de chevauchement entre les DRH et les médecins de prévention. Les DRH pouvant être tentées d'intervenir dans le domaine de compétences des médecins de prévention. Il faut fixer des limites bien précises.

Le CSFPT a pointé deux éléments figurant dans la circulaire d'octobre 2012 qui seraient à corriger :

- Il est indiqué que les médecins de prévention «peuvent également être amenés à intervenir dans le cadre de la procédure de reclassement d'un fonctionnaire devenu inapte à l'exercice de ses fonctions». Il serait plus juste de dire : «**Ils interviennent** dans le cadre...».
- De même, il est indiqué «qu'ils sont nécessairement convoqués aux séances du CHSCT» alors qu'ils en sont membres de droit.

- C - Médecins de SDIS

Leur situation est particulière. Un cadre d'emplois spécifique existe, celui de médecins et pharmaciens de sapeurs-pompiers professionnels. Ces agents exercent leurs fonctions dans les SDIS au sein du service de santé et de secours médical. Ce métier est récent et 85% des médecins de SDIS sont des volontaires, beaucoup de médecins généralistes locaux qui vont partir à la retraite (même s'il est prévu de repousser la limite d'âge à 68 ans).

Des praticiens hospitaliers sont détachés dans les SDIS ainsi que des médecins exerçant en PMI mais en effectifs plus restreints (problème de spécialisation).

Dans les déserts médicaux des zones rurales, ce sont les SDIS qui interviennent en premier sur les urgences.

Article R1424-24 Code général des collectivités territoriales (Décret n°97-1225 du 26/12/1997 relatif à l'organisation des services d'incendie et de secours)

- **Article 24** Créé par [Décret 2000-318 2000-04-07 jorf 9 avril 2000](#)

« Le service de santé et de secours médical exerce les missions suivantes :

1° La surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers ;

2° L'exercice de la médecine professionnelle et d'aptitude des sapeurs-pompiers professionnels et de la médecine d'aptitude des sapeurs-pompiers volontaires, dans les conditions prévues à l'article [R. 1424-28](#) ;

3° Le conseil en matière de médecine préventive, d'hygiène et de sécurité, notamment auprès du comité d'hygiène et de sécurité ;

4° Le soutien sanitaire des interventions des services d'incendie et de secours et les soins d'urgence aux sapeurs-pompiers ;

5° La participation à la formation des sapeurs-pompiers au secours à personnes ;

6° La surveillance de l'état de l'équipement médico-secouriste du service.

En outre, le service de santé et de secours médical participe :

1° Aux missions de secours d'urgence définies par l'article [L. 1424-2](#) et par l'article 2 de la [loi n° 86-11 du 6 janvier 1986](#) relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires ;

2° Aux opérations effectuées par les services d'incendie et de secours impliquant des animaux ou concernant les chaînes alimentaires ;

3° Aux missions de prévision, de prévention et aux interventions des services d'incendie et de secours, dans les domaines des risques naturels et technologiques, notamment lorsque la présence de certaines matières peut présenter des risques pour les personnes, les biens ou l'environnement. »

Article 26. – «Sous l'autorité du directeur départemental des services d'incendie et de secours, le médecin-chef dirige le service de santé et de secours médical et conseille les autorités responsables des secours ou de la gestion des services d'incendie et de secours. Le médecin-chef peut être assisté par un médecin-chef adjoint. Le service comprend également un pharmacien-chef et, le cas échéant, un vétérinaire-chef.

Les officiers du service de santé et de secours médical mentionnés à l'alinéa précédent ont au moins le grade de commandant. Ils sont nommés par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et du président du conseil d'administration du service départemental d'incendie et de secours.

Les personnels du service de santé et de secours médical sont placés sous l'autorité du médecin-chef, et relèvent de leur chef de centre ou du chef d'un des services mentionnés à l'article 1er, pour les missions exercées par ce centre ou ce service».

D -Autres médecins

Ce sont les médecins travaillant dans le secteur médico-social qui ont un rôle dans l'évaluation du degré de dépendance des personnes âgées, de coordination d'équipes et éventuellement, de soins, dans les structures type EPAHD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes).

Il peut s'agir également :

- Des médecins évaluateurs personnes âgées dans le cadre des plans d'aide ADPA (Allocation Personnalisée d'Autonomie),
- Des médecins évaluateurs handicap enfants et adultes pour les prestations concernant le handicap dans le cadre des MDPH (Maisons Départementales des Personnes Handicapées) et de la prestation compensatrice du handicap.
- Des médecins évaluateurs de l'adulte vulnérable dans le cadre de signalement d'adultes vulnérables.
- Des médecins travaillant dans le cadre de l'insertion pour l'accompagnement des usagers relevant des minimas sociaux et n'ayant plus accès aux soins.

Ils sont en majorité des médecins vacataires, dont certains souhaiteraient intégrer le statut.

On peut également rencontrer des médecins communaux en matière d'hygiène et de santé, peu nombreux. Il s'agit d'une mission de l'Etat qui peut être déléguée au Maire. Elle consiste à contrôler la salubrité dans les habitations ou l'hygiène publique.

Enfin, les médecins exerçant dans des centres de santé gérés par des collectivités territoriales (environ 1 500 centres de santé fonctionnent en France). Très peu sont titulaires (10-20%) et la plupart sont en CDD (contrats à durée déterminée) ou CDI (contrats à durée indéterminée) avec des contrats de droit privé et des grilles alignées sur celles des praticiens hospitaliers.

II. Recrutement : Des modalités de recrutement à réviser pour faire face à la pénurie de la profession

Tel qu'il est organisé actuellement, le concours pour le recrutement des médecins territoriaux dont les conditions d'accès et les modalités d'organisation sont posées par un décret du 18 mars 1993 n'est pas sans soulever de critiques.

Il semble par conséquent opportun de réviser ce décret, afin de rendre le recrutement à cette profession plus souple et mieux ciblé, ce qui ne peut qu'accroître l'activité de ce métier.

Quelques rappels en préambule.

Deux rapports votés par le Conseil supérieur de la fonction publique territoriale ont déjà esquissé des formulations de propositions :

- Le premier est le rapport voté le 19 octobre 2005 et consacré «aux filières sociale, médico-sociale et médico-technique», dont la page 37 énonce que **«le recrutement se fait par concours sur titres avec épreuves, alors que les personnes concernées détiennent déjà un diplôme de médecin. Cela paraît injustifié. C'est également le cas pour toutes les professions réglementées.»**

- Le deuxième rapport est celui voté le 29 septembre 2010 et intitulé «Concours et examens professionnels de la fonction publique territoriale : Bilan et perspectives».

Celui-ci exposait, en page 16 que **«l'interrogation sur la nécessité de maintenir des concours territoriaux dans leur forme actuelle dans la filière médico-sociale pour l'accès aux professions réglementées est posée. Les candidats déjà lauréats du diplôme d'Etat d'aide-soignant, d'infirmier et d'infirmier-cadre de santé, notamment, doivent passer un concours alors que dans la fonction publique hospitalière, les règles sont différentes. Il convient d'aligner les modalités de recrutement des professions réglementées, de la fonction publique territoriale sur celles de la fonction publique hospitalière.**

Si toutefois l'accès aux cadres d'emplois de catégories A et B par concours (comportant une épreuve écrite d'admissibilité (rapport) et une épreuve orale d'admission (entretien)) perdure, l'épreuve de rapport pourrait être davantage encore professionnalisée en devenant par exemple une épreuve d'étude de cas ou de rapport assorti de propositions.»

Par ailleurs, il faut faciliter l'agrément donné par les ARS (Agences Régionales de Santé) aux services de médecine préventive et SDIS, pour accueillir les stagiaires internes, au même titre et dans les mêmes conditions, que pour les services de médecine inter-professionnelle.

A. Les conditions actuelles pour l'accès au concours

Le recrutement des médecins territoriaux s'effectue par concours sur titre, sur la base du décret n° 93-399 du 18 mars 1993 relatif aux conditions d'accès et aux modalités d'organisation des concours sur titres pour le recrutement des médecins territoriaux, des psychologues territoriaux, des sages-femmes territoriales et des biologistes, vétérinaires et pharmaciens territoriaux.

L'article 1^{er} de ce décret énonce que *«les candidats au concours d'accès aux cadres d'emplois des médecins territoriaux (...) doivent être titulaires des titres ou diplômes prévus au titre II (du décret 92-851 du 28 août 1992 portant statut particulier du cadre d'emplois des médecins territoriaux)»*.

L'article 5 de ce décret prévoit que *«sont inscrits sur la liste d'aptitude (...) les candidats admis à un concours sur titre avec épreuve ouvert aux candidats titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre de médecin délivré par l'un des Etats membre de la Communauté européenne ou l'un des autres Etats partie à l'accord sur l'Espace économique européen et visé à l'article L. 356-2 (1^o) du code de la santé publique»*.

Cet article précise en outre que *«lorsque les missions correspondant aux postes mis au concours l'exigent, le concours est ouvert aux candidats titulaires d'un diplôme, certificat ou titre de médecin spécialiste dans les spécialités concernées délivré conformément aux obligations communautaires par l'un des Etats membre de la Communauté européenne ou l'un des autres Etats partie à l'accord sur l'Espace économique européen et reconnu en application de l'article L. 366 du code de la santé publique»*.

Il ressort par conséquent des normes réglementaires actuellement en vigueur, que le recrutement des médecins territoriaux s'effectue par un concours sur titre, ce dernier venant récompenser les efforts de nombreuses années d'études. Ce recrutement conduit par conséquent à l'exercice d'une profession dite réglementée.

C'est aussi le cas pour les médecins de sapeurs-pompiers professionnels dont les conditions d'accès et les modalités d'organisation au concours sont prévues par l'arrêté du 6 février 2001 relatif à l'organisation du concours national de médecin et de pharmacien de sapeurs-pompiers professionnels des services départementaux d'incendie et de secours qui prévoit, dans son article 1er, que *«les candidats au concours d'accès au cadre d'emplois des médecins et pharmaciens de sapeurs-pompiers professionnels doivent remplir les conditions d'exercice de la médecine ou de la pharmacie en France conformément aux dispositions des articles L. 4111-1, L. 4111-2, L. 4221-1, L. 4221-11 ou L. 4221-12 du code de la santé publique ou de l'article 60 de la loi du 27 juillet 1999 susvisés et remplir les conditions fixées au 1 ou au 2 de l'article 4 du présent arrêté»*.

B. Les modalités d'organisation et le contenu des épreuves du concours

1° L'autorité organisatrice du concours

Le concours d'accès pour le recrutement des médecins territoriaux est actuellement organisé soit par les centres de gestion, ces derniers ayant pleine compétence pour l'organisation des concours et examens professionnels de la filière médico-sociale, soit par les collectivités territoriales et établissements publics non affiliés à un centre de gestion. Dans la pratique, ce sont le plus souvent les centres de gestion qui organisent de tels concours, du fait du coût et de la lourdeur d'une telle organisation, les collectivités non affiliées concluant alors une convention avec le centre de gestion de leur ressort géographique compétent pour cette organisation.

Aucune proposition de modification n'est formulée à ce sujet, l'organisation actuelle étant conforme à la répartition des rôles, en termes d'organisation de concours, entre les différents intervenants et les centres de gestion ayant démontré leurs compétences à organiser ce genre de concours. L'attention du pouvoir réglementaire est cependant attirée sur le fait que, si le contenu du concours venait à être allégé, conformément à la demande ci-après formulée, l'organisation de ceux-ci pourrait davantage s'effectuer directement par les collectivités elles-mêmes, ce qui ne serait pas sans présenter des avantages comme des inconvénients.

2° Le contenu du concours

Concernant le contenu du concours, l'article 2-2° du décret n°93-399 susvisé énonce que *«les concours d'accès aux cadres d'emplois de médecins territoriaux (...) comportent une épreuve d'admissibilité et une épreuve d'admission :*

*- l'épreuve d'admissibilité consiste en la **rédaction d'un rapport**, à partir d'un dossier portant sur une situation en relation avec les missions du cadre d'emplois concerné, et notamment la déontologie de la profession (durée : trois heures ; coefficient 1) ;*

*- l'épreuve d'admission consiste en un **entretien avec le jury** permettant d'apprécier la motivation du candidat et son aptitude à exercer sa profession dans le cadre des missions dévolues au cadre d'emplois concerné (durée : vingt minutes ; coefficient 2).»*

Ce sont donc deux épreuves, l'une écrite, l'autre orale, qui sont imposées aux candidats à ce concours, alors même que l'accès à celui-ci est conditionné par la détention d'un titre justifiant de l'accomplissement d'un nombre important d'années d'études, couronné de succès.

Il semble par conséquent redondant d'imposer ainsi deux épreuves, dans ce contexte, d'autant que la première épreuve revêt un caractère académique peu en phase avec les réalités professionnelles rencontrées par les médecins territoriaux.

Il est par conséquent demandé la suppression de l'épreuve écrite d'admissibilité et la transformation de ce concours en un concours sur titre avec une unique épreuve orale d'admission (C'est une position majoritaire, seuls la CGT et Madame GIBERT sont opposés à cette modification). Celle-ci pourrait être ainsi rédigée :

«Une épreuve d'admission consistant en un entretien permettant d'apprécier le parcours du candidat, sa motivation et son aptitude à exercer sa profession dans le cadre des missions dévolues au cadre d'emplois concerné (durée : vingt minutes)».

3° La composition du jury du concours

La composition du jury pour le concours de recrutement des médecins territoriaux est fixée par l'article 5 du décret n°93-399 susvisé qui énonce que :

«Les membres des jurys des concours sont nommés par arrêté de l'autorité territoriale de la collectivité ou de l'établissement qui organise le concours. Le jury comprend au moins :

a) Un fonctionnaire territorial de catégorie A et un fonctionnaire désigné dans les conditions prévues à l'article 14 du décret du 20 novembre 1985 susvisé ;

b) Deux personnalités qualifiées ;

c) Deux élus locaux.»

Il s'agit de la répartition statutaire des trois collègues composant chacun des concours de la fonction publique territoriale. Cependant, alors qu'il est précisé pour l'ensemble des autres

concours, la présence, dans le collège des fonctionnaires territoriaux, de représentants du cadre d'emplois auquel conduit le concours, ce n'est pas en vigueur dans ce cas. Il apparaît par conséquent souhaitable que les dispositions relatives au collège des fonctionnaires territoriaux soient ainsi rédigées :

«a) Un fonctionnaire territorial appartenant au cadre d'emplois des médecins territoriaux et un fonctionnaire désigné dans les conditions prévues à l'article 14 du décret du 20 novembre 1985 susvisé».

III. Formation : Une formation aux multiples facettes, à renforcer et à baliser

La formation des fonctionnaires territoriaux répond à des exigences d'ordre légal, posées par loi n°84-594 du 12 juillet 1984 relative à la formation des agents de la fonction publique territoriale et complétant la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale. Celle-ci a, notamment, été modifiée par la loi n°2007-209 du 19 février 2007 relative à la fonction publique territoriale.

La formation des médecins est à la fois multiple et complexe, sans doute parce qu'elle touche à un domaine sensible ayant trait à la vie humaine et à la santé publique.

Deux principales catégories de formation peuvent être distinguées :

- D'une part, la formation médicale continue, qui s'impose à tous les médecins, qu'ils soient libéraux ou qu'ils relèvent du secteur public ;
- D'autre part, la formation statutaire, propre aux fonctionnaires, et particulièrement aux membres du cadre d'emplois des médecins territoriaux qui sont, à ce titre, astreints à la même durée de formation d'intégration et de professionnalisation que celle qui s'impose à l'ensemble des fonctionnaires territoriaux de catégorie A.

Cette dernière s'explique, notamment, par les responsabilités autres que médicales (administratives, comptables, managériales...) qui s'imposent aux médecins territoriaux qui, en qualité de cadres, peuvent être amenés à exercer des fonctions de chefs de service.

A cela s'ajoute, la formation tout au long de la vie, à laquelle tout agent peut prétendre et qui se manifeste, notamment, par le droit individuel à la formation.

Or, il a été constaté que ces formations ne remplissent pas pleinement leur fonction d'adaptation à l'emploi et constituent même parfois des entraves au bon accomplissement de leurs tâches par les médecins.

A. La nécessité de l'accomplissement réel de la formation médicale continue

Les médecins, ainsi qu'il a été souligné plus avant, constituent une profession dite réglementée. A ce titre, ils doivent être titulaires d'un diplôme spécifique et sont astreints à l'accomplissement d'une formation particulière. Il s'agit de la formation médicale continue, prévue par le Code de la Santé Publique.

En France, l'obligation de formation continue des médecins a été introduite par une ordonnance du 24 avril 1996, complétée par un arrêté du 6 mai 1997. Elle a été confirmée par la loi du 4 mars 2002 qui énonce : «*La formation médicale continue a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique. (...) La formation médicale continue constitue une obligation pour les médecins*» (article 53, I, 1° de la loi).

Un décret du 14 novembre 2003 est venu préciser ces dispositions, qui sont à concilier avec une obligation nouvelle et complémentaire : l'évaluation des pratiques professionnelles, introduite par l'article 14 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie.

Cette formation, dont la durée doit représenter vingt jours par an, **n'est pas toujours accomplie**, faute de temps suffisant et compte tenu des missions dévolues aux médecins. En outre, la pénurie dans cette profession ne fait qu'accroître l'insuffisance de temps nécessaire pour suivre cette formation.

Il conviendrait, par conséquent, de mettre en place un dispositif permettant aux médecins de réaliser cette formation, par ailleurs essentielle car considérée comme étant destinée à «l'exercice de l'art», sans pour autant léser le service public local de la santé publique.

B. Une meilleure formation aux responsabilités confiées

A cette formation médicale continue, s'ajoute la formation statutaire, qui s'effectue en plusieurs étapes.

Tout d'abord, *la formation d'intégration* est réalisée lors de la prise de fonctions par le médecin et vise à permettre à ce dernier d'acquérir les fondamentaux liés à ses fonctions.

Or, alors qu'auparavant la durée de la formation initiale était jugée trop longue, la loi du 19 février 2007 relative à la fonction publique territoriale ayant considérablement réduit sa durée, le constat est aujourd'hui inversé : **cette formation d'intégration n'est pas suffisante et ne tient compte ni des catégories des agents, ni de la réalité de leurs missions.**

Ainsi, les médecins territoriaux sont-ils, au même titre que l'ensemble des autres fonctionnaires territoriaux, astreints à l'accomplissement d'une formation d'intégration de cinq

jours, ce qui est nettement insuffisant, au regard des missions et des responsabilités qui leur incombent.

A cette formation d'intégration, s'ajoute *une formation dite de professionnalisation*, étalée tout au long de la carrière, et venant notamment ponctuer les différents changements de poste, surtout quand ils s'accompagnent d'un accroissement de responsabilités.

Or, là aussi, le constat est que **cette formation n'est pas suffisante**, soit par manque de temps, soit qu'elle n'est pas systématique et ne permet pas une adaptation réelle aux nouvelles responsabilités des médecins, notamment ceux accédant à des fonctions de chef de service.

C. La mise en place d'une convention entre le Conseil de l'Ordre des médecins et le CNFPT

Face à des difficultés tenant aussi bien à l'accomplissement d'une formation fondamentale, mais également à la durée de celle-ci, les membres de la formation spécialisée n°2 émettent une idée, permettant de combiner à la fois les obligations liées à la formation médicale continue et celles relevant de la formation statutaire.

Ainsi, afin de permettre une meilleure corrélation entre ces deux types de formation, et pour s'assurer du caractère effectif de l'accomplissement de celles-ci, **il conviendrait de voir dans quelle mesure le CNFPT (INET) qui assure la formation des médecins territoriaux est habilité à recevoir la qualité d'organisme de développement professionnel continu (arrêté du 12 décembre 2012).**

Il convient de souligner qu'un premier contact avait été pris, il y a quelques années, entre le CNFPT et le Conseil de l'Ordre, en ce sens. Il convient par conséquent de définir si une convention entre ces deux institutions est désormais envisageable à ce sujet.

En outre, il faut rappeler que le CNFPT a toute latitude pour passer des conventions avec des organismes de formation médicale, dans le cadre de son rapprochement avec le Conseil de l'Ordre.

Il est également envisagé une convention avec les facultés de médecine qui assurent déjà de la formation médicale continue et des formations «professionnalisantes» et «diplômantes» comme les diplômes universitaires.

Par ailleurs, il est important **de mettre en place des formations d'adaptation à l'emploi en cas de prises de responsabilité accrues, ce qui existe déjà pour les médecins de sapeurs-pompiers professionnels.**

De plus, un contenu de ladite formation peut être fait, en tenant compte d'une question écrite (n°34327) posée par M. Simon Renucci (Député Socialiste, radical, citoyen et divers gauche - Corse-du-Sud) au ministre de la fonction publique, en 2008, à l'Assemblée nationale et publiée au Journal officiel du 04 novembre 2008 (page 9463), dont la réponse a été publiée le 17 août 2010 (page 9185) et qui permet de dresser un état des lieux synthétique de la situation, concernant les dispositifs de formation des médecins territoriaux et les interrogations qu'ils soulèvent.

Dans le texte de la réponse, le ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique précise que le décret du 29 mai 2008 modifiant les statuts particuliers de certains cadres d'emplois de la fonction publique territoriale a institué, en son article 12, une obligation de formation d'intégration des médecins territoriaux d'une durée de cinq jours ainsi qu'une obligation de formation de professionnalisation d'une durée de trois jours, lorsque ces derniers sont affectés à un poste de responsabilité. Il les a en revanche exonérés de l'obligation de suivre des actions de professionnalisation au premier emploi et tout au long de la carrière, dans la mesure où ils sont déjà astreints à une formation médicale continue spécifique, organisée dans le cadre du code de la santé publique. Il ajoute que les articles L. 4133-1 et suivants, du code de la santé publique, imposent en effet aux médecins territoriaux une obligation de développement professionnel continu et fixent les modalités d'organisation de la validation de l'obligation de ces formations. *Ainsi, l'article L. 4133-6 mentionne que « les employeurs publics et privés de médecins salariés mentionnés à l'article L. 4133-2 sont tenus de prendre les dispositions permettant à ces médecins d'assumer leur obligation de formation dans les conditions fixées par le présent code ».*

S'agissant du financement, l'article précité précise que « Pour les agents sous contrat de droit public ou titulaires des fonctions publiques d'État et territoriale, les actions sont financées dans le cadre de la formation professionnelle selon des dispositions législatives et réglementaires en vigueur. ». Dans ces conditions, la mise en œuvre d'une formation de professionnalisation dans le cadre du décret précité apparaîtrait redondante avec les savoirs dispensés à l'occasion de la formation continue suivie en application du code de la santé publique.

Il convient d'ajouter que les modalités réglementaires de ce même décret sont récentes et qu'elles ont été adoptées après une large concertation au travers d'un groupe de travail associant notamment le Conseil supérieur de la fonction publique et le Centre national de la fonction publique territoriale. Le ministre soulignait alors que, pour l'ensemble de ces raisons, il n'était pas envisagé de modifier ce décret en ce sens.

Dans ce cadre, il serait souhaitable de prendre l'attache du CNFPT afin de connaître sa position sur ce sujet.

IV. Déroulement de carrière

A. Situation actuelle

Le cadre d'emplois de médecin territorial est structuré en 3 grades allant de l'indice brut 429 à la Hors Echelle B.

Le constat de l'insuffisance de la rémunération fait dans le rapport du CSFPT de 2005 demeure. Il est rappelé la durée des études et donc l'âge d'entrée dans la vie active.

Par ailleurs les écarts avec la FPE sont importants. Pour l'illustrer, la 1^{ère} classe des médecins territoriaux offre des indices inférieurs de 100 points par rapport à ceux des corps de l'Etat, en début et en fin de carrière.

En effet, il n'y a pas eu d'évolution, alors que les Médecins Inspecteurs de la Santé publique terminent en Hors Echelle C (revalorisation obtenue en 2000) et les Médecins de l'Education Nationale ont obtenu une revalorisation en juillet 2012.

Les différences de rémunération sont encore plus importantes avec la FPH : hors primes et paiement des temps d'astreinte ou de garde, l'écart est de plus de 2 300 euros par mois en début de carrière et de 2 500 euros en fin de carrière. Le déroulement de carrière se fait dans la FPH sur 28 ans et sur 20 ans et 3 mois dans la FPT.

Cela pose un problème d'homologie entre Fonctions Publiques.

L'attractivité des grilles est un point important même s'il ne règlera pas tous les problèmes. De plus, une part importante de la rémunération est conditionnée par les primes. Or, le régime indemnitaire est moins favorable pour les médecins que pour les administrateurs territoriaux, par exemple et est variable suivant les collectivités (il n'y a pas de minimum). Il est donc d'autant plus difficile de faire des comparaisons avec la FPE.

Le cas particulier des médecins de SDIS :

Ce cadre d'emplois est structuré en 4 grades : médecin de 2^{ème} classe, de 1^{ère} classe, hors classe et de classe exceptionnelle.

L'indice brut de début et de fin est le même que celui du cadre d'emplois des médecins territoriaux mais l'évolution intermédiaire est différente (voir tableau).

B. Propositions

La DGCL devrait présenter des projets de décrets, mis à l'ordre du jour initialement de la Plénière de février 2013. Or, ceux-ci posent deux problèmes :

- D'une part, même s'ils prévoient une revalorisation, celle-ci apparaît insuffisante car n'atteignant pas l'homologie complète avec les MISp (seule la 2^{ème} classe serait alignée).
- D'autre part, il est prévu un échelon contingenté en fin de carrière qui n'existe pas dans la FPE et qui remet en place un système de quota qui avait été supprimé et remplacé par les ratios d'avancement de grade.

Le groupe de travail estime qu'une **homologie totale** doit être effectuée : les médecins de la Fonction publique territoriale ne doivent pas avoir des écarts de grilles avec les Médecins Inspecteurs de la Santé Publique (MISP).

Il faut se diriger vers une grille identique pour l'ensemble des médecins, quel que soit le versant de la fonction publique (sujet à voir en Conseil commun), avec un bornage indiciaire devant être cohérent avec la proposition de Madame la Ministre de la Santé, Marisol TOURAINE, d'une garantie de revenu mensuel de 4 600 euros pour les jeunes médecins s'installant en zone rurale.

La situation des agents non titulaires est évoquée puisque le plan de résorption, suite à la loi de mars 2012 ne concerne pas les médecins territoriaux. Compte tenu des difficultés de recrutement actuelles, le Conseil Supérieur de la Fonction publique territoriale souhaiterait qu'ils puissent en bénéficier, à l'instar de ce qui se fait dans le versant Etat (exemple du Ministère de l'Education Nationale).

Enfin, les médecins territoriaux étant soumis à la décision de l'autorité d'emploi en matière d'avancement, il serait important de sécuriser leurs possibilités d'avancements, en instaurant une règle ne permettant pas un blocage de carrière au-delà d'un certain seuil.

MEDECINS TERRITORIAUX (Catégorie A)
Décret n° 92-851 du 28/08/92 modifié

	MODALITES DE RECRUTEMENT	GRADES ET INDICES	FONCTIONS
<u>MEDECINS TERRITORIAUX</u>	<p>➤ Concours sur titres avec épreuves :</p> <p>Diplôme, certificat ou autre titre de médecin, nécessaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin de 2^{ème} classe (IB 429-852) Avancement de grade quand 7^{ème} échelon atteint plus 5 ans de services effectifs dans le grade. • Médecin de 1^{ère} classe (IB 750-1015) Avancement de grade après 1 an dans le 5^{ème} échelon et 12 ans de services effectifs en qualité de Médecin dans la Fonction Publique • Médecin Hors Classe (IB 901-Hors Echelle B) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sont chargés d'élaborer les projets thérapeutiques des services ou établissements dans lesquels ils travaillent, ❖ Sont chargés également des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé, ❖ 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, ❖ Peuvent se voir confier des missions de contrôle, des études ou des fonctions comportant des responsabilités particulières, ❖ Peuvent assurer la direction des examens médicaux des laboratoires territoriaux ou collaborer à des tâches d'enseignement, de formation et de recherche dans leur domaine de compétence, ❖ Ont vocation à diriger les services communaux d'hygiène et de santé, les services départementaux de protection maternelle et infantile, de l'aide sociale et de santé publique. Peuvent également exercer la direction des laboratoires d'analyses médicales et des centres d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées.

MEDECINS ET PHARMACIENS DE SAPEURS-POMPIERS PROFESSIONNELS

(Catégorie A)

Décret n° 2000-1008 du 16/10/2000 modifié

	MODALITES DE RECRUTEMENT	GRADES ET INDICES
<u>MEDECINS ET PHARMACIENS DE SPP</u>	<p>➤ Concours sur titres avec épreuves organisé par la Direction de la sécurité civile :</p> <p>Diplôme, certificat ou autre titre, de médecin, nécessaires.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Médecin de 2^{ème} classe (IB 429-750) Avancement de grade quand 5 ans de services effectifs dans le grade. (ratio)• Médecin de 1^{ère} classe (IB 563-881) Avancement de grade quand 5 ans de services effectifs dans le grade. (ratio)• Médecin Hors Classe (IB 650-966) Avancement de grade après 3 ans au moins de services effectifs dans le grade de médecin hors classe. (ratio)• Médecin de classe exceptionnelle (IB 830-HEB)

MEDECINS INSPECTEURS DE LA SANTE PUBLIQUE
(Catégorie A)
Décret n°91-1025 du 07/10/91 modifié

	MODALITES DE RECRUTEMENT	GRADES ET INDICES	FONCTIONS
<u>MEDECINS INSPECTEURS DE LA SANTE PUBLIQUE</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Concours ouvert aux médecins âgés de moins de 45 ans au 1^{er} janvier de l'année du concours, titulaire de l'un des diplômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> - DESS santé communautaire et médecine sociale, - DESS santé publique et médecine sociale, - Certificat d'études spéciales de santé publique - Diplôme, certificat ou autre titre permettant l'inscription sur liste spécialité de santé publique et médecine sociale. - Dérogation possible pour candidats ne possédant pas diplôme requis mais pouvant justifier d'une formation ou d'une expérience en santé publique. ➤ Concours ouvert aux médecins fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités territoriales et aux médecins en fonctions dans organisation internationale intergouvernementale comptant 3 années de services effectifs au 1^{er} janvier de l'année du concours. 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin Inspecteur de Santé Publique (IB 528-966) Avancement de grade possible à compter du 5^{ème} échelon plus 3 ans de services effectifs dans le corps • Médecin Inspecteur en Chef de Santé Publique (IB 750-Hors Echelle B) Avancement de grade possible à compter du 5^{ème} échelon • Médecin Général de Santé Publique (Hors Echelle A -Hors Echelle C) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Participent à la conception, à la mise en œuvre, à l'exécution et l'évaluation de la politique de santé publique, ❖ Contribuent à l'organisation du système sanitaire et à la promotion de la santé, ❖ Assurent le contrôle de la politique de santé publique et les missions permanentes et temporaires d'inspection. Dans le cadre de leurs attributions, ils peuvent être chargés d'études ou de missions spéciales, ❖ Ils peuvent être associés à l'enseignement, à la formation et à la recherche dans le domaine de la santé publique, ❖ Dans l'exercice de leurs fonctions, ils veillent au respect du secret médical et des règles professionnelles.

MEDECINS EDUCATION NATIONALE
(Catégorie A)
Décret n°91-1195 du 27/11/91 modifié

	MODALITES DE RECRUTEMENT	GRADES ET INDICES	FONCTIONS
<u>MEDECINS EDUCATION NATIONALE</u>	<p>➤ Concours sur dossier complété par une épreuve orale ouvert aux titulaires d'un diplôme, certificat ou titre exigé pour l'exercice de la profession de médecin.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin de 2^{ème} classe (IB 528-966) Avancement de grade possible à compter du 6^{ème} échelon plus 5 ans de services effectifs dans le corps • Médecin de 1^{ère} classe (IB 801-Hors Echelle A) Avancement si 8 ans de services effectifs et titulaires d'un grade d'avancement. • Médecin conseiller technique groupe III (841-HEA) Avancement si 8 ans de services effectifs et titulaires d'un grade d'avancement. • Médecin conseiller technique groupe II (901-HEB) Avancement si 12 ans de services effectifs et titulaires d'un grade d'avancement ou ayant occupé emploi groupes II ou III pendant 4 ans. • Médecin conseiller technique groupe I (HEA-HEBB) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sont chargés des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé auprès de l'ensemble des enfants scolarisés dans les établissements d'enseignement des 1^{er} et 2^d degrés de leur secteur d'intervention. - Réalisent le bilan de santé obligatoire lors de l'entrée à l'école élémentaire, le bilan lors du passage dans le secondaire et le bilan d'orientation scolaire ou professionnelle. - Identifient les besoins de santé spécifiques de leur secteur et élaborent des programmes prioritaires prenant en compte les pathologies dominantes et les facteurs de risque particuliers. Ils conduisent des études épidémiologiques. - Contribuent à la formation initiale et continue des personnels ainsi qu'aux actions d'éducation en matière de santé auprès des élèves et des parents. - Participent à la surveillance de l'environnement scolaire, notamment en matière d'ergonomie, d'hygiène et de sécurité. - Assurent tâches médico-psycho-pédagogiques concourant à l'adaptation et à l'orientation des élèves notamment par leur participation aux diverses commissions de l'éducation spécialisée.

V. Déontologie

Les membres du groupe de travail ont attiré l'attention sur les problèmes de déontologie et d'éthique rencontrés par les médecins territoriaux. Ils ont regretté que certains médecins ne puissent exercer sereinement leur art, du fait de manques de moyens mis à leur disposition ou de pressions.

A. Problèmes matériels

- Problèmes d'agencement des locaux, ne permettant pas toujours un respect de la confidentialité des échanges et des consultations.
- Difficultés à faire respecter les procédures d'hygiène minimales, concernant des lieux de soins.
- Non sécurisation des données médicales, dossiers individuels, courriers.
- Informatisation : les services médicaux ne disposent généralement pas de réseaux propres et sont intégrés dans l'architecture générale des collectivités. Bien que la plupart du temps les logiciels de gestion des dossiers soient cryptés et accessibles par login et mot de passe, il n'en demeure pas moins que le reste des données est accessible. Ainsi les carnets de rendez-vous, mais aussi les fichiers contenus sur les disques durs des médecins, ainsi que leurs correspondances par courriels sont susceptibles d'être consultés. Il y a lieu de préciser que les chartes informatiques proposées par les collectivités considèrent que les courriels émis ou reçus par les personnels sont de nature professionnelle, et peuvent donc être consultés par l'autorité d'emploi. Concernant les médecins, puisque les courriels sont professionnels, ils sont soumis au secret médical et ne peuvent donc pas être consultés. Cette notion doit être comprise et admise par les collectivités, et il conviendrait de repreciser ces points.
- D'autre part, les services de télémaintenance internes ou externalisés ouvrent la voie à la consultation à distance des postes de travail à l'insu des médecins ou de leurs collaborateurs.

Le médecin est responsable du respect du secret et ne peut pas assurer celui-ci (Articles R.4127-4, 4127-72, 4127-73 du Code de Santé publique).

Les conditions de travail sont parfois difficiles et il faudrait avoir de véritables garanties à ce niveau. Se posent parfois des problèmes d'hygiène des locaux qui ne sont pas pris en compte de la même façon que dans la FPH. Toutefois, il est important d'avoir des services dirigés par des médecins qui sont plus à même d'évaluer ce qui est nécessaire ; d'autant qu'en cas de défaillance, ils sont responsables pénalement. Il faut absolument conserver une hiérarchie médicale, ce qui n'empêche pas une hiérarchie administrative.

B. Problèmes d'exercice

Le problème se pose également pour les médecins du travail qui sont conduits à faire des préconisations ou des propositions de reclassement qui ne vont pas toujours dans le sens souhaité par l'employeur. Il faut donc améliorer leur liberté d'action. Une trop grande proximité peut générer des problèmes, une défiance des agents vis-à-vis du médecin du travail

mais une certaine proximité est nécessaire pour permettre une meilleure connaissance du terrain et une plus grande humanité.

L'exercice de la médecine est encadré et le médecin doit intervenir en toute indépendance dans le respect du Code de déontologie médicale. Cette obligation est citée dans tous les statuts, mais l'existence d'une hiérarchie administrative ou politique non médicale génère souvent des problèmes

Dans le même ordre d'idées, il faut garantir le respect de la vie privée des agents venant en rendez-vous médical (problème de croisement de fichiers) afin de ne pas altérer la relation de confiance existant entre le médecin et son patient. Le développement des systèmes informatiques doit se faire en garantissant le respect du secret médical, tant pour les agents que pour les usagers des services publics.

Le secret médical et le secret professionnel sont à distinguer. Le secret médical recouvre ce qui intervient «avant, pendant et après» la consultation (y compris le planning des rendez-vous).

Il faut rappeler que l'article 11-2 du décret du 10 juin 1985 précise expressément que «le médecin de prévention exerce son activité médicale en toute indépendance et, dans le respect des dispositions du code de déontologie fixé au code de la santé publique». Cela vise l'ensemble de l'activité du médecin.

De plus, ce même article dispose que le médecin, lors de sa prise de fonction, reçoit une lettre de mission qui précise en particulier les services et établissements rentrant dans le champ de ses compétences, les objectifs de ses fonctions au regard des missions, et le volume de vacations horaires à accomplir. Cette lettre rappelle également le principe d'indépendance de l'exercice de l'activité médicale, le niveau de rattachement fonctionnel du médecin, lequel devra être situé à un niveau suffisamment élevé propre à asseoir son autorité ; les conditions matérielles d'exercice de ses missions (locaux, personnel, conditions pratiques permettant d'assurer le respect du secret médical...).

Il serait souhaitable de le rappeler et d'insister sur son contenu.

CONCLUSION

A l'heure où les besoins en personnel médical des collectivités territoriales ne parviennent pas à être comblés, il apparaît nécessaire et urgent que des mesures soient mises en place pour, d'une part, rendre la profession plus attractive et, d'autre part, en faciliter l'accès tout en permettant un déroulement de carrière serein et adapté, en homologie avec leurs confrères de la fonction publique d'Etat. Il faut également veiller à ce que les médecins puissent exercer sereinement leurs missions, dans de bonnes conditions matérielles et en toute indépendance.

De plus, dans un contexte de paupérisation de la Fonction publique territoriale (15% des agents perçoivent moins de 1 000 euros par mois), d'accès aux soins de plus en plus difficile (plus de 40% des agents affirment renoncer à certains soins) est-il concevable que le manque criant de moyens en matière de médecine professionnelle et préventive perdure? Il faut donc pérenniser l'existant et développer de nouveaux moyens, pour permettre aux collectivités d'accomplir leurs missions, telles qu'elles sont définies par la loi, dans l'intérêt du service public et des agents qui le servent.

Il convient d'agir rapidement, car la situation l'impose. Les quelques mesures préconisées par le présent rapport étant d'ordre soit réglementaire, soit conventionnel, rien ne semble s'opposer à ce qu'elles puissent être mises en place rapidement. Ce n'est qu'une notion de volonté, volonté de prise en compte des difficultés rencontrées dans cette profession, volonté de rendre attractif un métier exercé avec passion par les professionnels que le Conseil supérieur a pu rencontrer au cours de ses travaux, volonté, enfin, de privilégier un domaine au service de tous et à la noblesse incontestable : la santé publique.

Aujourd'hui, la médecine territoriale va mal. Sans décision rapide, elle est condamnée à disparaître.

LES 13 PROPOSITIONS DU GROUPE DE TRAVAIL MEDECINS 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.

ANNEXES

- **Annexe 1** : Fiches métiers du CNFPT
- **Annexe 2** : Extraits du Code de la Santé publique
- **Annexe 3** : Contribution UNSA (médecins de prévention)
- **Annexe 4** : Propositions FNCDG (médecins de prévention)
- **Annexe 5** : Contribution Mme GIBERT (médecins de prévention)

**ANNEXE 1 : Fiches métiers du
CNFPT**

Famille : D25 Santé

N° 01/D/25 : Directeur de la santé publique	
Domaine d'activités	Services à la population
Famille	Santé
Correspondance avec le secteur privé ROME*	E/M 32113 Responsable administratif et financier (DOM 321 Cadres de la gestion administrative, CP 32 Cadres administratifs et professionnels de l'information et de la communication)
<i>ANPE: CP = Catégorie Professionnelle, DOM = Domaine professionnel, E/M = Emploi/Métier.</i>	
Métier	
Autres appellations	<p>Médecin directeur</p> <p>Médecin directeur du SHCS</p> <p>Responsable de programmes de santé publique</p> <p>Directeur du service environnement et santé publique</p> <p>Médecin responsable de PMI</p> <p>Médecin responsable personnes âgées</p> <p>Médecin responsable personnes handicapées</p>
Facteurs d'évolution	<p>Evolution de la demande sociale : individualisation, proximité, réactivité</p> <p>Accroissement du vieillissement et des situations de dépendance et absence éventuelle de prise en charge familiale</p> <p>Aggravation de la pauvreté et de la précarité de publics vulnérables</p> <p>Nouveau plan de périnatalité</p> <p>Développement des politiques globales et transverses</p> <p>Développement des intercommunalités</p> <p>Acte II de la décentralisation</p> <p>Lois de santé publique</p> <p>Développement du management par projets et objectifs et des démarches qualité</p>
Définition	Définit le projet global de santé publique de la collectivité (protection et promotion de la santé, politiques de la famille et de l'enfance, des personnes âgées, des personnes handicapées, des personnes en risque d'exclusion). Impulse l'organisation et la mise en œuvre des plans d'action et pilote des projets. Dirige et organise les services et équipements chargés de la prévention et de la promotion de la santé individuelle et collective

Situation fonctionnelle	<p>Département, structure intercommunale, commune, région (dans le cadre de l'extension possible de leurs compétences santé)</p> <p>Généralement rattaché à la direction de la santé et de la prévention</p>
Conditions d'exercice	<p>Horaires irréguliers, avec amplitude variable en fonction des obligations du service public</p> <p>Disponibilité, déontologie et devoir de réserve</p> <p>Travail en bureau et en équipe, avec déplacements fréquents sur le territoire</p>
Spécialisations/Extensions	
Autonomie et responsabilités	<p>Forte autonomie dans la mise en œuvre des missions et l'organisation du service ; force de proposition auprès des élus et de la direction générale</p> <p>Responsabilité du projet global de mise en œuvre des missions de santé publique, sous l'autorité de la direction générale, en cohérence avec les orientations des élus et les engagements avec les partenaires institutionnels et sur les territoires</p> <p>Responsabilité des ressources (financières, humaines) de la direction</p> <p>Activités suivies et évaluées par la direction générale</p> <p>Des erreurs juridiques ou administratives dans les actions, un non-respect des règles et procédures techniques, administratives et financières dans la mise en œuvre des projets, peuvent avoir des conséquences négatives en termes de service public rendu</p> <p>Une mauvaise analyse des besoins des territoires en matière de santé publique, des échecs dans la mise en œuvre des partenariats peuvent réduire l'impact du projet de la collectivité. Ces erreurs peuvent engager la responsabilité disciplinaire, civile et pénale de l'agent</p> <p>Encadrement d'une équipe à effectifs variables, selon la taille de la collectivité, de l'établissement, ou de l'équipement</p>
Relations fonctionnelles	<p>Conseil technique auprès des élus et de la direction générale</p> <p>Participation au comité de direction</p> <p>Relations avec les services de la collectivité pour la mise en œuvre opérationnelle des projets de santé publique</p> <p>Collaboration avec les institutions, les partenaires (services extérieurs de l'Etat, hôpitaux, secteur libéral, CAF, etc.)</p>

	<p>Travail en réseau avec d'autres institutions sur le territoire ou à l'extérieur de celui-ci (bassin de vie, département, région)</p> <p>Relations suivies avec le milieu associatif (mouvements d'éducation pour la santé, associations d'usagers, etc.)</p> <p>Représentation de la direction générale et de la collectivité</p>
Moyens techniques	
Cadre statutaire	Cadre emplois : Médecins (catégorie A, filière Médico-sociale secteur médico-social)
Conditions d'accès	<p>Concours externe et interne avec conditions de diplôme et/ou examen d'intégration en fonction du cadre d'emplois, concours troisième voie</p> <p>Profession et conditions d'exercice réglementées</p>
Activités	
Activités principales	<p>Participation à la définition et à la mise en œuvre des orientations stratégiques en matière de santé publique</p> <p>Organisation des services à la population en matière de santé publique</p> <p>Assistance et conseil auprès des élus et de la direction générale</p> <p>Conception et pilotage de projets de santé publique</p> <p>Développement et animation des partenariats</p> <p>Promotion et communication de la politique de santé publique</p> <p>Evaluation des politiques, programmes et projets de santé publique</p> <p>Gestion administrative et budgétaire</p> <p>Management opérationnel des services</p> <p>Animation et pilotage des médecins et d'équipes pluridisciplinaires</p> <p>Veille sectorielle réglementaire et technique</p>
Activités spécifiques	Recherche en épidémiologie
Compétences	
Savoir-faire	Savoir-faire
Participation à la définition et à la mise en œuvre des orientations stratégiques en matière de santé publique	
<p>Recenser et évaluer les besoins de la population locale en matière de santé</p> <p>Elaborer un diagnostic social et sanitaire</p> <p>Traduire les orientations politiques en plans d'actions, projets et programmes</p> <p>Arbitrer, opérer des choix stratégiques et négocier avec la hiérarchie les moyens de la mise en œuvre</p>	<p>Enjeux, évolutions des politiques publiques de santé</p> <p>Réglementations en matière sanitaire et sociale</p> <p>Priorités des élus pour la santé publique</p> <p>Tissu institutionnel sanitaire, social et économique local</p> <p>Méthodes et outils d'analyse et de diagnostic</p> <p>Indicateurs de santé publique</p>
Organisation des services à la population en matière de santé publique	

Définir et mettre en œuvre l'organisation la plus adaptée aux besoins de la population (territorialisation, sectorisation, etc.)	Enjeux des intercommunalités
Assistance et conseil auprès des élus et de la direction générale	
Conseiller les élus et la direction générale et alerter sur les risques techniques, sociaux et juridiques liés aux orientations de santé publique	Instances et processus de décision de la collectivité
Formuler des avis dans le cadre des programmes de santé publique	Techniques de communication et de négociation
Conception et pilotage de projets de santé publique	
Piloter ou s'associer à des dispositifs contractuels en cours	Méthodes d'ingénierie de projets
Développer et coordonner des projets de protection et promotion de la santé, de prévention des risques liés aux personnes âgées, aux enfants ou aux personnes en risque d'exclusion	Méthodes de planification et programmation
	Acteurs et dispositifs contractuels sanitaires et sociaux
Développement et animation des partenariats	
Identifier et mobiliser les partenaires stratégiques	Acteurs et dispositifs institutionnels (ministère, hôpitaux, CAF, etc.)
Développer des logiques de coproduction de l'action publique via des partenariats interinstitutionnels, associatifs et privés	Projets sanitaires et sociaux du territoire national
Promotion et communication de la politique de santé publique	
Développer des démarches participatives avec les habitants et les usagers	Techniques et outils du marketing public
Définir une stratégie de communication	Dispositifs et méthodes d'écoute sociale
Développer des partenariats avec les médias	Réseaux stratégiques d'information professionnelle
Concevoir, budgéter et organiser des événements	Techniques et outils de communication orale ou écrite
Evaluation des politiques, programmes et projets de santé publique	
Comparer les effets des projets au regard des objectifs et critères de résultats définis en amont	Méthodes et outils d'évaluation des politiques publiques (critères, indicateurs)
Evaluer la qualité des soins dispensés	
Exploiter les résultats de l'évaluation pour les stratégies futures	
Optimiser la qualité, les coûts et les délais des services	Processus et procédures administratives
Elaborer un budget prévisionnel et rechercher des financements	Règles budgétaires et comptables de la comptabilité publique pour la collectivité
Mettre en œuvre la politique sociale et tarifaire des services de santé publique	Comptes de résultat et comptabilité analytique
Contrôler la gestion et les engagements de dépenses	Méthodes et outils d'analyse des coûts
Contrôler la passation et l'exécution des marchés publics	Procédures d'appel d'offre et d'achat public
Management opérationnel des services	
Définir un projet de service (organisation, ressources)	Techniques et outils de gestion et d'organisation de l'activité (gestion des flux, etc.)

<p>Gérer le recrutement, l'intégration, la formation et la carrière des agents</p> <p>Définir et négocier les missions et objectifs prioritaires et les résultats attendus (contrat d'objectifs)</p> <p>Evaluer les agents de la direction</p> <p>Harmoniser les méthodes de travail entre services et équipements</p> <p>Développer un dispositif de contrôle hygiène/sécurité</p> <p>Contrôler et évaluer les actions de chaque équipement</p>	<p>Statut de la fonction publique territoriale et métiers de la santé et connexes (social)</p> <p>Modes d'animation du management opérationnel</p> <p>Notions fondamentales de la gestion prévisionnelle et du droit du travail</p> <p>Démarches qualité</p> <p>Offres de formation interne et externe</p> <p>Méthodes et outils de l'évaluation</p> <p>Réglementation et acteurs hygiène et sécurité</p>
Animation et pilotage des médecins et d'équipes pluridisciplinaires	
<p>Répartir et planifier les activités en fonction des contraintes du service</p> <p>Déléguer les responsabilités sur les projets</p> <p>Repérer et réguler les conflits</p>	<p>Méthodes et outils du management par projets et objectifs</p> <p>Notions de psychologie individuelle et collective</p> <p>Techniques d'animation, de médiation et de résolution de conflits</p>
Veille sectorielle réglementaire et technique	
<p>Piloter des dispositifs de veille (politique, juridique, sociale) du secteur santé publique</p> <p>Développer et entretenir des réseaux professionnels d'échanges et d'information</p> <p>Identifier les projets de santé publique innovants</p> <p>Analyser l'incidence des évolutions de l'environnement sur les orientations en matière de santé publique</p>	<p>Méthodes et outils d'observation et prospective</p> <p>Techniques de recueil et de traitement de l'information</p>

N° 02/D/25 : Médecin clinicien	
Domaine d'activités	Services à la population
Famille	Santé
Correspondance avec le secteur privé ROME*	E/M 31111 Médecin praticien (DOM 311 Praticiens de la santé, CP 31 Professionnels de la santé)
<i>ANPE: CP = Catégorie Professionnelle, DOM = DOMaine professionnel, E/M = Emploi/Métier.</i>	
Métier	
Autres appellations	<p>Médecin d'actions sanitaires</p> <p>Médecin coordinateur</p> <p>Médecin d'aide sociale (personnes âgées, personnes handicapées, enfance)</p> <p>Médecin de PMI</p> <p>Médecin de SDIS</p> <p>Médecin spécialiste (pédiatre, gynécologue, etc.)</p>
Facteurs d'évolution	<p>Acte II de la décentralisation</p> <p>Législation sur les personnes âgées et handicapées</p>

	<p>Lois de santé publique</p> <p>Réforme du statut des assistants maternels, assistants familiaux</p>
Définition	<p>Conçoit et met en œuvre des projets de santé publique, de promotion et de prévention sur son territoire d'intervention. Participe à l'élaboration et à l'exécution de la politique départementale dans son domaine d'intervention (politique de la famille et de l'enfance, personnes âgées, handicapées, etc.)</p>
Situation fonctionnelle	<p>Département, structure intercommunale, commune, SDIS</p> <p>Généralement rattaché à la direction de l'action sociale</p>
Conditions d'exercice	<p>Travail en bureau, au sein d'un cabinet médical ou d'un centre médico-social ; déplacements dans le cadre des consultations, des besoins des usagers et des missions de service public</p> <p>Horaires réguliers, avec amplitude variable en fonction des besoins du service</p> <p>Disponibilité, déontologie</p>
Spécialisations/Extensions	<p>En fonction des spécialités médicales (pédiatrie, gynécologie, gérontologie, santé publique, urgences, etc.), des populations traitées (enfance, personnes âgées, handicapées) ou du champ d'intervention (SDIS)</p>
Autonomie et responsabilités	<p>Large autonomie dans l'organisation du travail</p> <p>Responsabilité des ressources humaines, matérielles et financières du service</p> <p>Garant de la qualité des interventions, du respect du cadre institutionnel et légal des droits de l'utilisateur et du code de déontologie (décret 95-1000 du 06/09/95)</p> <p>Des erreurs médicales, juridiques ou administratives dans les actions, un non-respect des règles et procédures techniques, administratives et financières dans leur mise en œuvre, peuvent avoir des conséquences négatives en termes de service public rendu</p> <p>Une mauvaise analyse des besoins des publics concernés peut réduire l'impact du projet de la collectivité. Ces erreurs peuvent engager la responsabilité disciplinaire, civile et pénale de l'agent</p> <p>Activités définies, suivies et évaluées par le supérieur hiérarchique</p> <p>Encadrement d'une équipe à effectifs variables, selon la taille de la collectivité, de l'établissement, ou de l'équipement</p>
Relations fonctionnelles	<p>Communication permanente avec les usagers</p> <p>Relations régulières avec le supérieur hiérarchique</p> <p>Echanges réguliers d'informations avec les services sociaux, enfance (ASE) et laboratoires</p>

	<p>Collaboration avec le secteur hospitalier et libéral, les CAF, etc.</p> <p>Echanges d'informations avec les partenaires (justice, Education nationale) et d'autres collectivités</p>
Moyens techniques	Matériel médical spécifique
Cadre statutaire	Cadre emplois : Médecins (catégorie A, filière Médico-sociale secteur médico-social)
Conditions d'accès	<p>Concours externe et interne avec conditions de diplôme et/ou examen d'intégration en fonction du cadre d'emplois, concours troisième voie</p> <p>Profession et conditions d'exercice réglementées</p>
Activités	
Activités principales	<p>Réalisation de consultations médicales générales ou spécialisées</p> <p>Participation à l'élaboration des orientations de la politique de santé</p> <p>Organisation de la prévention médico-sociale</p> <p>Collecte de données en épidémiologie</p> <p>Conseil technique auprès des circonscriptions d'action sanitaire et sociale</p> <p>Evaluation des actions de prévention</p> <p>Gestion administrative et financière</p> <p>Animation et pilotage d'équipe</p>
Activités spécifiques	<p>Médecin PMI (loi 89-899 du 18/12/89) :</p> <p>Consultation des enfants de 0 à 6 ans</p> <p>Etablissement des bilans des enfants de 3 à 4 ans en école maternelle</p> <p>Agrément, surveillance et contrôle des modes d'accueil des enfants (assistantes maternelles, crèches collectives, familiales, haltes-garderies)</p> <p>Organisation de la prise en charge des enfants relevant de la protection de l'enfance</p> <p>Planification familiale</p> <p>Participation à la prise en charge des enfants présentant un handicap</p> <p>Médecin d'actions sanitaires :</p> <p>Contrôle des établissements et services d'hébergement des personnes âgées et handicapées</p> <p>Agrément des familles d'accueil des personnes âgées et handicapées</p> <p>Evaluation et contrôle de l'évaluation de la dépendance des personnes âgées, etc.</p>
Compétences	
Savoir-faire	Savoir-faire
Réalisation de consultations médicales générales ou spécialisées	
<p>Pratiquer des examens médicaux</p> <p>Elaborer un diagnostic</p>	<p>Médecine générale</p> <p>Pédiatrie, gynécologie, etc.</p>

Lire et interpréter les résultats d'examens Prescrire les médicaments nécessaires	Cadre réglementaire, évolutions et enjeux des politiques de santé publique
Participation à l'élaboration des orientations de la politique de santé	
Réaliser un diagnostic épidémiologique du territoire Analyser les besoins sanitaires du territoire Elaborer des propositions en matière de prévention, de planification, de protection maternelle et infantile, d'éducation à la santé Négocier, avec la ligne hiérarchique, les moyens de la mise en œuvre	Méthodes et outils d'analyse et de diagnostic (enquêtes, etc.) Orientations et priorités des élus et décideurs Caractéristiques socio-économiques et démographiques du territoire Techniques de négociation
Organisation de la prévention médico-sociale	
Traduire les orientations politiques en plans d'actions Définir un programme de prévention médico-sociale en liaison avec les structures et professionnels de la santé Organiser et piloter des actions de prévention	Tissu institutionnel et sanitaire local (sages-femmes, centres de planification et d'éducation familiale, hôpitaux, etc.) Méthodes d'ingénierie de projets
Développer des partenariats afin de collecter des données épidémiologiques Vérifier la fiabilité des sources et des données Structurer et interpréter les données	Partenaires institutionnels et universitaires (laboratoires de recherche) Méthode de contrôle des sources Méthodes d'analyse qualitative et statistique
Conseil technique auprès des circonscriptions d'action sanitaire et sociale	
Accompagner l'interlocuteur dans la compréhension de son besoin Définir des plans d'actions concertés Etablir un constat et élaborer des propositions	Techniques d'écoute et de reformulation Politiques de santé publique pour les personnes âgées et handicapées Acteurs institutionnels du social (CAF, etc.) Cadre réglementaire petite enfance, APA
Evaluation des actions de prévention	
Suivre l'activité à l'aide de tableaux de bord Hiérarchiser les effets et impacts des actions entreprises Comparer effets et impacts au regard des objectifs et critères de résultats définis en amont	Méthodes et outils d'évaluation des politiques publiques
Gestion administrative et financière	
Elaborer et gérer un budget Rechercher des financements Contrôler la gestion et les engagements de dépenses Rédiger les documents sanitaires conformément à la législation	Règles budgétaires et comptables des marchés publics Méthodes d'analyse et du contrôle des coûts Législation sanitaire
Animation et pilotage d'équipe	
Répartir et planifier les activités en fonction des contraintes du service Mobiliser les compétences autour d'un projet	Méthodes et outils du management par projets et objectifs Notions de psychologie

Initier et animer le travail d'équipe Piloter, suivre et contrôler les activités des agents Repérer et réguler les conflits	Techniques d'animation d'équipe Techniques de régulation
---	---

N° 03/D/25 : Médecin de médecine professionnelle et préventive	
Domaine d'activités	Services à la population
Famille	Santé
Correspondance avec le secteur privé ROME*	E/M 24111 Médecin praticien (DOM 241 Professionnels des soins paramédicaux, CP 24 Professionnels de la santé)
<i>ANPE</i> : CP = Catégorie Professionnelle, DOM = Domaine professionnel, E/M = Emploi/Métier.	
Métier	
Autres appellations	Médecin du travail Médecin de santé au travail Médecin de prévention
Facteurs d'évolution	Modification du cadre réglementaire : décret 2000-542 modifiant le décret 85-603 Réforme de la médecine du travail dans le secteur privé (juillet 2004) Développement de la psychodynamique du travail
Définition	Surveille la santé des personnels lors de l'examen annuel ou sur demande. Informe et conseille le personnel et l'administration sur l'environnement sanitaire et les conditions de travail. Participe à la prévention des risques
Situation fonctionnelle	Département, structure intercommunale, commune, région, centre de gestion Généralement rattaché à la DRH ou la direction de la santé et de la prévention
Conditions d'exercice	Travail en bureau, au sein d'un cabinet médical et en milieu de travail Nombreux déplacements Horaires réguliers Disponibilité vis-à-vis des patients Devoir de réserve et de confidentialité Incompatibilité de fonction avec le médecin agréé de la même collectivité et la médecine de contrôle Obligation de formation médicale continue (loi 2002-303 du 04/03/02 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé)
Spécialisations/Extensions	En fonction d'une discipline complémentaire : ergonomie, psychopathologie du travail, toxicologie et d'un élargissement de la fonction : coordination médicale

Autonomie et responsabilités	<p>Large autonomie dans l'organisation du travail</p> <p>Autodéfinition des missions (en cohérence avec le décret 2000-542 du 16/06/00 modifiant le décret n° 85-603 du 10/06/85 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale)</p> <p>Indépendance technique et professionnelle dans le respect du code de déontologie et du code de la santé publique</p> <p>Force de proposition auprès de l'administration et de la direction du personnel</p> <p>Des erreurs médicales, juridiques ou administratives dans les actions, un non-respect des règles et procédures techniques, administratives et financières dans leur mise en œuvre, peuvent avoir des conséquences négatives en termes de service public rendu</p> <p>Une mauvaise analyse des besoins des agents en termes de santé au travail peut réduire l'impact du projet de la collectivité. Ces erreurs peuvent engager la responsabilité disciplinaire, civile et pénale de l'agent</p> <p>Activités définies, suivies et évaluées par le supérieur hiérarchique</p> <p>Echanges réguliers d'informations avec les différents services de la collectivité</p> <p>Travail en partenariat avec les infirmières du travail, les ergonomes, les assistants sociaux, les ACMO</p> <p>Relations avec les médecins traitants, le comité médical, la commission de réforme, etc.</p>
Moyens techniques	Matériel médical spécifique
Cadre statutaire	Cadre emplois : Médecins (catégorie A, filière Médico-sociale secteur médico-social)
Conditions d'accès	<p>Concours externe et interne avec conditions de diplôme et/ou examen d'intégration en fonction du cadre d'emplois, concours troisième voie</p> <p>Profession et conditions d'exercice réglementées</p>
Activités	
Activités principales	<p>Réalisation de consultations médicales</p> <p>Surveillance des personnels sur les postes à risques, des malades ou handicapés</p> <p>Conseil auprès de l'administration et du personnel en matière de santé et de conditions de travail</p> <p>Veille permanente sur le milieu de travail</p> <p>Mise en œuvre d'actions d'information sur l'hygiène et la sécurité</p>

<p>Activités spécifiques</p>	<p>Formulation d'avis sur les projets de construction, de modification ou d'aménagement des locaux et des équipements de travail</p> <p>Etablissement et mise à jour, en liaison avec l'ACMO, des fiches de risques professionnels propres au service et des effectifs d'agents exposés à ces risques</p> <p>Communication des fiches de risques professionnels à l'autorité territoriale et au comité d'hygiène et de sécurité</p> <p>Formulation d'avis et conseil sur les produits utilisés</p> <p>Participation aux CHS et CTP</p> <p>Etablissement du rapport annuel d'activité</p> <p>Participation aux études et enquêtes épidémiologiques</p>
<p>Réalisation de consultations médicales</p>	
<p>Pratiquer des examens médicaux dans le cadre du suivi des agents</p> <p>Evaluer l'aptitude au poste de travail</p> <p>Collecter des informations sanitaires et médicales</p> <p>Interpréter des résultats d'examens cliniques, biologiques, radiologiques</p> <p>Elaborer un diagnostic médical</p> <p>Orienter vers les structures compétentes</p>	<p>Cadre réglementaire, enjeux et évolutions en matière de santé publique</p> <p>Loi 2002-303 du 04/03/02 sur le droit des malades et la qualité du système de santé</p> <p>Médecine générale</p> <p>Différents types de visites (d'embauche, de reprise, annuelle)</p> <p>Pathologie et psychopathologie du travail</p> <p>Méthodes de collecte et traitement de l'information</p> <p>Techniques d'interprétation et de diagnostic</p> <p>Acteurs et dispositifs de santé publique</p>
<p>Surveillance des personnels sur les postes à risques, des malades ou handicapés</p>	
<p>Réaliser une surveillance médicale particulière des travailleurs handicapés, des femmes enceintes, des agents réintégré après un congé de longue maladie ou de longue durée, des agents occupant des postes dans des services comportant des risques spéciaux, des agents souffrant de pathologies particulières</p>	<p>Milieu institutionnel, sanitaire, social local</p> <p>Milieu du travail</p> <p>Méthodes d'ingénierie de projets</p> <p>Législation sanitaire et sociale</p> <p>Statut de la fonction publique territoriale (FPT)</p> <p>Métiers territoriaux de la santé publique et connexes (social, enfance, etc.)</p>
<p>Conseil auprès de l'administration et du personnel en matière de santé et de conditions de travail</p>	
<p>Conseiller les élus et les agents sur les conditions de travail, l'hygiène et la sécurité des locaux, l'adaptation des postes de travail à la physiologie humaine et les risques liés aux différentes nuisances</p> <p>Proposer des aménagements des postes de travail ou des conditions d'exercice, justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents</p>	<p>Instances et processus de décision</p> <p>Techniques de communication et de négociation</p> <p>Principes de l'ergonomie</p>
<p>Veille permanente sur le milieu de travail</p>	

<p>Ecouter les agents et analyser les situations</p> <p>Evaluer les besoins des agents en matière d'hygiène, de conditions de travail et de santé publique</p> <p>Réaliser une veille juridique et sanitaire</p> <p>Appréhender l'incidence des évolutions technologiques, organisationnelles sur les conditions de travail</p> <p>Concevoir, mettre en œuvre et piloter des projets visant à prévenir ou résoudre des problèmes de santé publique</p> <p>Formuler des avis pour l'établissement d'un plan de prévention</p>	<p>Techniques d'écoute</p> <p>Techniques et outils d'évaluation</p> <p>Techniques de recherche documentaire</p> <p>Réseau professionnel d'information</p> <p>Méthodes d'ingénierie de projets</p> <p>Santé du fonctionnaire : statut, congés maladies, comités médicaux, etc.</p> <p>Réglementation du travail</p>
<p>Mise en œuvre d'actions d'information sur l'hygiène et la sécurité</p>	
<p>Informers et former tous types de publics en matière d'hygiène, de sécurité et de protection de la santé</p>	<p>Notions d'ingénierie pédagogique</p> <p>Techniques d'animation</p>

ANNEXE 2 : Extraits du Code de la Santé publique

Chapitre II : Service départemental de protection maternelle et infantile.

Article L2112-1 Modifié par [Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 - art. 1 JORF 6 mars 2007](#)

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

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

Article L2112-2 Modifié par [LOI n°2007-1787 du 20 décembre 2007 - art. 8](#)

Le président du conseil général a pour mission d'organiser :

1° Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;

2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle ;

3° Des activités de planification familiale et d'éducation familiale ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans les conditions définies par le chapitre Ier du titre Ier du livre III de la présente partie ;

4° Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;

4° bis Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations ;

5° Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations et en particulier de celles qui figurent sur les documents mentionnés par l'article L. 2132-2;

6° L'édition et la diffusion des supports d'information sanitaire destinés aux futurs conjoints et des documents mentionnés par les articles L. 2122-2, L. 2132-1 et L. 2132-2 ;

7° Des actions d'information sur la profession d'assistant maternel et des actions de formation initiale destinées à aider les assistants maternels dans leurs tâches éducatives, sans préjudice des dispositions du code du travail relatives à la formation professionnelle continue.

En outre, le conseil général doit participer aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être dans les conditions prévues au sixième alinéa (5°) de [l'article L. 221-1](#) et aux [articles L. 226-1 à L. 226-11](#), L523-1 et L. 532-2 du code de l'action sociale et des familles.

Le service contribue également, à l'occasion des consultations et actions de prévention médico-sociale mentionnées aux 2° et 4°, aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées.

Article L2112-3 Modifié par [Loi 2005-706 2005-06-27 art. 13 4° JORF 28 juin 2005](#)

Tout assistant maternel agréé doit suivre une formation dans les conditions prévues à l'article L. 421-14 du code de l'action sociale et des familles.

Article L2112-3-1 Créé par [Loi n°2005-706 du 27 juin 2005 - art. 14 JORF 28 juin 2005](#)

Pour l'application de l'article L. 2111-2, les services du département en charge de la protection maternelle et infantile peuvent demander, en cas de présomption d'accueil par l'assistant maternel d'un nombre d'enfants supérieur à celui autorisé par l'agrément prévu à l'article L. 421-4 du code de l'action sociale et des familles, les informations nécessaires à l'organisme de recouvrement des cotisations sociales mentionné à l'article L. 531-8 du code de la sécurité sociale, qui est tenu de les leur communiquer.

Les informations demandées se limitent aux données relatives au nombre d'aides allouées au titre de la prestation d'accueil du jeune enfant pour l'assistant maternel qui fait l'objet du contrôle.

Article L2112-4

Les activités mentionnées aux articles L. 2112-2 et L. 2112-3 sont gérées soit directement, soit par voie de convention avec d'autres collectivités publiques ou des personnes morales de droit privé à but non lucratif ; elles sont organisées sur une base territoriale en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population et selon des normes minimales fixées par voie réglementaire. Elles sont menées en liaison avec le service départemental d'action sociale et le service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

Article L2112-5

Le service départemental de protection maternelle et infantile établit une liaison avec le service de santé scolaire, notamment en transmettant au médecin de santé scolaire les dossiers médicaux des enfants suivis à l'école maternelle. Les modalités de cette transmission doivent

garantir le respect du secret professionnel. Ces dossiers médicaux sont établis conformément à un modèle fixé par arrêté interministériel et transmis avant l'examen médical pratiqué en application de l'article L. 2325-1.

Article L2112-6

En toute circonstance et particulièrement lors des consultations ou des visites à domicile, chaque fois qu'il est constaté que l'état de santé de l'enfant requiert des soins appropriés, il incombe au service départemental de protection maternelle et infantile d'engager la famille ou la personne à laquelle l'enfant a été confié à faire appel au médecin de son choix et, le cas échéant, d'aider la famille ayant en charge l'enfant à prendre toutes autres dispositions utiles.

Chaque fois que le personnel du service départemental de protection maternelle et infantile constate que la santé ou le développement de l'enfant sont compromis ou menacés par des mauvais traitements, et sans préjudice des compétences et de la saisine de l'autorité judiciaire, le personnel en rend compte sans délai au médecin responsable du service qui provoque d'urgence toutes mesures appropriées.

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

Article L2112-7 Modifié par [LOI n°2007-1787 du 20 décembre 2007 - art. 8](#)

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

Les organismes d'assurance maladie peuvent également, par voie de convention, participer sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale aux autres actions de prévention médico-sociale menées par le département.

Dans les départements où, à la date d'entrée en vigueur de la loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé, de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé, une convention fixe les conditions de la participation des organismes d'assurance maladie au fonctionnement du service départemental de protection maternelle et infantile, celle-ci demeure en vigueur, sauf dénonciation dans les conditions prévues par ladite convention. En cas de dénonciation, les dispositions du premier alinéa et éventuellement du deuxième alinéa du présent article sont applicables.

Article L2112-8

Le financement des centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 est assuré par une dotation globale annuelle à la charge des régimes d'assurance maladie pour 80 % de son montant et du département pour le solde.

Article L2112-9

Les articles 226-13 et 226-14 du code pénal relatifs au secret professionnel sont applicables à toute personne appelée à collaborer au service départemental de protection maternelle et infantile.

Article L2112-10

Sauf disposition contraire, les conditions d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Contribution UNSA

Objet : «Rattachement des Médecins de Prévention directement aux Centres de Gestion »

Références :

- Accords de Bercy
- Accord DGAFP « Santé, sécurité au travail dans la Fonction Publique »
- Loi du 5 juillet 2010 sur le dialogue social
- Décret 2012/70 du 3 février 2012

L'accord du 20 novembre 2009 relatif à la Santé, sécurité au travail dans la Fonction Publique comprend pour mesure principale l'adjonction des conditions de travail aux compétences initiales des comités d'hygiène et sécurité.

De plus, l'entrée en vigueur du décret 2012/70 du 3 février 2012 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale, ces nouvelles compétences se sont imposées aux comités d'hygiène et sécurité existants.

1. Problématique de la Médecine de Prévention et professionnelle dans les Collectivités Territoriales :

Le médecin de prévention doit exercer son activité médicale en toute indépendance.

Il doit respecter les règles du code de déontologie médicale et du code de la santé publique.

- Décret 85-603 du 10.6.85 - art 11-2

L'indépendance des Médecins de Prévention situés au sein des Collectivités Territoriales qui n'ont pas déléguées leurs CHS et donc futurs CHSCT aux Centres de Gestion est pourtant mise à mal du fait des pressions exercées soit par la hiérarchie administratives, soit par le pouvoir politique en place.

2. Les solutions proposées :

Le rattachement obligatoire imposé par la loi des Médecins de Prévention aux Centres de Gestion garantirait une totale indépendance en supprimant toutes interférences des hiérarchies administratives des Collectivités concernées et des pouvoirs politiques qui y siègent.

L'Acte III de la Décentralisation créera des Collectivités de grandes tailles où mobilités, transferts, et reconversions seront nombreux.

La santé au travail s'en trouvera encore plus altérée pour un plus grand nombre d'agents.

Le vieillissement des personnels territoriaux annoncé est également un événement prévisible qui posera d'énormes soucis de reconversions notamment chez les agents techniques des lycées et des collèges.

Les Médecins de Prévention seront des acteurs incontournables de toutes ces problématiques à venir.

Il convient donc de mettre en place les moyens d'assurer une totale indépendance de ces derniers.

La mutualisation des Médecins de Prévention en plaçant ces derniers au sein des CDG permettra une homogénéité de traitement des agents territoriaux au sein d'un même territoire, une réduction des coûts et surtout résoudra en partie la pénurie extrême existante des Médecins de Prévention et la difficulté de leurs recrutements.



Propositions pour lutter contre la pénurie des médecins de prévention

Il faut favoriser le recrutement et la formation de médecin en développant au moins l'un des moyens suivants :

- **développer dans les études de médecine et dans le tronc commun de l'internat les modules consacrés à la médecine de prévention**
- **continuer à ouvrir le numerus clausus**
- **ré-ouvrir le dispositif permettant aux médecins en poste de suivre une formation qualifiante et obtenir le certificat de médecine de prévention**

La loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 et le décret n°2003-958 du 3 octobre 2003 avaient mis en place deux dispositifs destinés à remédier à la pénurie de médecins en instaurant une formation permettant aux médecins non qualifiés en poste de régulariser leur situation par une formation diplômante et en organisant un processus de reconversion des médecins libéraux avec une formation à la capacité en médecine du travail.

- **proposer une formation similaire en France à celle pratiquée à l'université de Louvain, en Belgique**
- **reconnaître la formation INMA pour exercer la médecine de prévention dans la Fonction Publique Territoriale (FPT)**

La notion de médecin du travail en agriculture renvoie aux exploitations agricoles, mais aussi plus généralement aux entreprises du secteur agricole parmi lesquelles il faut mentionner les sociétés coopératives, les organismes de mutualité agricole, les caisses de crédit agricole mutuelles et les chambres d'agriculture. Il faut ici souligner qu'à ce jour le diplôme de l'Institut national de médecine agricole ne permet pas à son titulaire d'exercer dans la Fonction Publique Territoriale.

- **reconnaître la formation en alternance de Lille pour exercer la médecine de prévention dans la FPT**

Va se mettre en place une plate-forme de formation en santé au travail avec le Conseil régional Nord-Pas de Calais, l'université de Lille 2, l'Institut régional d'éducation ouvrière et l'Institut de santé au travail du Nord de la France. Cette école, avec une spécialité « fonction publique », fonctionnerait au sein du CDG du Nord et concernerait toute la France.

- **créer un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires** qui permette d'ouvrir la perspective d'une seconde carrière aux médecins, y compris aux médecins généralistes diplômés avant la réforme des épreuves classantes nationales. Ce diplôme consisterait en une formation continue en alternance
- **permettre la VAE** pour les médecins ayant des années d'expérience en santé publique ou médecine de prévention, pour leur permettre d'obtenir le diplôme de médecin du travail
- **imposer aux médecins ayant suivi la formation de reconversion ou de spécialisation de « Médecine du travail » une obligation de service** de 4 ans à la date de la validation de la formation auprès du CDG ayant pris en charge la formation (ou bien pouvoir demander le remboursement des frais pédagogiques et des rémunérations en cas de départ dans les 3 ans du recrutement).
- **Relever le niveau de rémunération.**

Propositions de Mme GIBERT pour lutter contre la pénurie des médecins de prévention.

- **Développer dans les études de médecine à compter de la troisième ou de la quatrième année le volet de la médecine de prévention au sens de la santé publique, en y incluant les disciplines de médecine sociale, santé publique, santé au travail et médecine légale.**
- **Inciter les étudiants à se diriger vers la médecine de prévention : toutes les places d'interne dans la spécialité ne sont pas pourvues ; il s'agit bien sûr du libre choix de l'interne, mais on pourrait ouvrir au choix des internes de médecine générale comme aux internes de médecine du travail des stages dans des services de médecine préventive ; le passage de 6 mois dans ce style de service pourrait susciter des vocations chez les internes de médecine générale.**
- **Ré-ouvrir le dispositif permettant aux médecins en poste de suivre une formation qualifiante et obtenir la capacité en médecine du travail.**

La loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 et le décret n°2003-958 du 3 octobre 2003 avaient mis en place deux dispositifs destinés à remédier à la pénurie de médecins en instaurant une formation permettant aux médecins non qualifiés en poste de régulariser leur situation par une formation diplômante et en organisant un processus de reconversion des médecins libéraux avec une formation à la capacité en médecine du travail.

- **Proposer une formation similaire en France à celle pratiquée à l'université de Louvain, en Belgique**
- **Reconnaître la formation INMA pour exercer la médecine de prévention dans la Fonction Publique Territoriale (FPT)**

La notion de médecin du travail en agriculture renvoie aux exploitations agricoles, mais aussi plus généralement aux entreprises du secteur agricole parmi lesquelles il faut mentionner les sociétés coopératives, les organismes de mutualité agricole, les caisses de crédit agricole mutuelles et les chambres d'agriculture. Il faut ici souligner qu'à ce jour le diplôme de l'Institut national de médecine agricole ne permet pas à son titulaire d'exercer dans la Fonction Publique Territoriale.

- **Reconnaître la formation de Lille pour exercer la médecine de prévention dans la FPT.**

Va se mettre en place en juin 2013 une formation de 7 jours en santé au travail avec le Conseil régional Nord-Pas de Calais, l'université de Lille 2, l'Institut régional d'éducation ouvrière et l'Institut de santé au travail du Nord de la France. A ce jour, cette formation n'est pas qualifiante pour s'inscrire à l'Ordre des médecins en tant que médecin du travail.

- **Généraliser et pérenniser un Diplôme interuniversitaire «pratique médicale en santé au travail pour la formation des collaborateurs médecins»** qui est en train de se mettre en place et va permettre d'ouvrir la perspective d'une seconde carrière aux médecins, y compris aux médecins généralistes diplômés avant la réforme des épreuves classantes nationales. Ce diplôme consistera en une formation continue en alternance. N'est pas tranchée la question du nombre de places et d'inscrits chaque année.
- **Favoriser la VAE** pour les médecins ayant des années d'expérience en santé publique ou médecine de prévention, pour leur permettre d'obtenir le diplôme de médecin du travail

- **Imposer aux médecins ayant suivi la formation de reconversion ou de spécialisation de « Médecine du travail » une obligation de service** de 4 ans à la date de la validation de la formation auprès du CDG ou de la collectivité ayant pris en charge la formation (ou bien pouvoir demander le remboursement des frais pédagogiques et des rémunérations en cas de départ dans les 3 ans du recrutement).
- **Relever le niveau de rémunération.**

LISTE DES RAPPORTS DU CSFPT

1. **"LES DIPLOMES DE LA VIE (REP et VAE)"**
Rapporteur : Henri JACOT - FS1 - Séance plénière du 22/10/2003
2. **"REUSSIR LA MUTATION DE LA FPT – 20 ans après sa création"**
Rapporteur : Henri JACOT - FS1 - Séance plénière du 14/04/2004
3. **"RAPPORT D'ORIENTATION SUR LE DROIT SYNDICAL"**
Rapporteur : Daniel LEROY - FS4 - Séance Plénière du 07/07/2004
4. **"SEUILS ET QUOTAS"**
Rapporteur : Jean-Claude LENAY - FS3 - Séance plénière du 07/07/2004
5. **"ENJEUX ET DEFIS DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE dans la FPT"**
Rapporteur : Serge BECUWE - FS2 - Séance plénière du 07/07/2004
6. **"POUR UNE OBSERVATION PARITAIRE DE L'EMPLOI PUBLIC TERRITORIAL"**
Rapporteur : Henri JACOT – FS1 – Séance plénière du 27/10/2004
7. **"VERS UNE MODERNISATION DES EXAMENS PROFESSIONNELS DE LA FPT"**
Rapporteur : Serge BECUWE – FS2 – Séance plénière du 06/07/2005
8. **"LES FILIERES SOCIALES, MEDICO-SOCIALE, MEDICO-TECHNIQUE"**
Rapporteur : Jean-Claude LENAY – FS3 – Séance plénière du 19/10/2005
9. **"LIBERTE INEGALITE FRATERNITE "**
Rapporteur : Evelyne BOSCHERON – FS5 – Séance plénière du 21/12/2005
10. **"ASSISTANTS MATERNELS ASSISTANTS FAMILIAUX : EVOLUER POUR PREPARER L'AVENIR"**
Rapporteur : Jean-Claude LENAY – FS3 – Séance plénière du 25/10/2006
11. **"L'ACTION SOCIALE DANS LA FPT"**
Rapporteur : Daniel LEROY - FS4 - Séance Plénière du 25/10/2006
12. **"LA RECONNAISSANCE DE L'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE DANS LA FPT"**
Rapporteur : Serge BECUWE – FS2 - Séance Plénière du 11/04/2007
13. **" LE DIALOGUE SOCIAL DANS LA FPT"**
Etude réalisée par les élèves administrateurs de l'INET (promotion MONOD) - Séance Plénière du 04/07/2007
14. **"POUR UNE VISION COORDONNEE DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION DE LA FPT"**
Rapporteur : Henri JACOT - FS1 - Séance plénière du 28/11/2007
15. **"FILIERE CULTURELLE"**
Rapporteur : Jean-Claude LENAY – FS3 – Séance plénière du 20/02/2008
16. **"COMMISSION DEPARTEMENTALE DE REFORME"**
Rapporteur : Daniel LEROY - FS4 - Séance Plénière du 2/07/2008
17. **"PROPOSITIONS DE CORRECTIFS A APPORTER STATUTAIREMENT POUR LES CATEGORIES C"**
Rapporteur : Jean-Claude LENAY – FS3 – Séance plénière du 17/12/2008
18. **"NOUVELLE BONIFICATION INDICAIRES (NBI)"**
Rapporteur : Jean-Claude LENAY – FS3 – Séance plénière du 17/12/2008

19. **"QUELS CADRES DIRIGEANTS"**
Rapporteur : Philippe LAURENT – Groupe cadres dirigeants – Séance plénière du 04/02/2009
20. **"LA FILIERE SPORTIVE"**
Rapporteurs : Isabelle BELOTTI et Jean-Claude LENAY – FS2 et FS3 – Séance plénière du 04/02/2009
21. **"LA FILIERE SAPEURS POMPIERS"**
Rapporteur : Jean-Claude LENAY – FS3 – Séance plénière du 04/02/2009
22. **"CONCOURS ET EXAMENS PROFESSIONNELS DE LA FPT – BILAN ET PERSPECTIVES"**
Rapporteur : Isabelle BELOTTI – FS2 – Séance plénière du 29/09/2010
23. **"LA PRECARITE DANS LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE"**
Rapporteurs : Françoise DESCAMPS-CROSNIER et Claude MICHEL – Groupe de travail «précarité»– S. Plénière du 16/03/2011
24. **«IMPACTS DE LA REFORME TERRITORIALE SUR LES AGENTS»**
Etude réalisée par huit élèves administrateurs de l'INET (promotion Salvador Allende)
25. **«LA FILIERE POLICE MUNICIPALE : REFLEXIONS ET PROPOSITIONS»**
Rapporteurs : Claude Michel et Didier Pirot Fs2/Fs3 – Séance plénière du 05/09/2012
26. **«LIBERTE, INEGALITE, FRATERNITE» L'EGALITE PROFESSIONNELLE ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES DANS LA FPT**
Etude réalisée par les élèves de l'IEP – promotion 2011/2012 – séance plénière du 05/09/2012
27. **« L'ETAT DES LIEUX DES EFFECTIFS DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE»**
Rapporteurs : Philippe LAURENT et Jean-Pierre BOUQUET – 27/02/2013

Rapports téléchargeables sur le site internet du CSFPT : www.csfpt.org