

CONFERENCE DE PRESSE

**Le mardi 7 novembre 2006,
les Médecins Inspecteurs de Santé Publique seront
EN GREVE**

Les Médecins Inspecteurs de Santé Publique (MISP) connaissent depuis des années de graves difficultés de recrutement et d'exercice. Cependant, les crises sanitaires (sang contaminé, amiante, ESB, canicule, etc.) se succèdent... mais les mesures prises pour y faire face sont toujours éphémères, destinées à colmater, au coup par coup, les mécontentements ou à protéger une organisation complexe, qui a peu de compétences et peu de moyens techniques et humains.

Les Médecins Inspecteurs de Santé Publique (MISP) ont, depuis longtemps, manifesté leur révolte ; ils ont manifesté au Ministère le lundi 16 octobre lors de la Journée Nationale de la prévention. Ils ont été reçus par le Cabinet du Ministre qui entendait bien, une énième fois, différer la résolution du problème par une promesse de dialogue. Les MISP n'ont pas même été écoutés, ils lancent donc un mot d'ordre de grève pour le 7 novembre et la poursuite du mouvement par des actions « coup de poing » jusqu'à ce qu'ils obtiennent des réponses qui leur permettent enfin d'espérer pouvoir répondre dans le temps à leur mission au service de la population.

<p>SMISP</p> <p>Président : Dr Bernard Faliu, Vice-présidente : Dr Joëlle Le Moal Secrétaire général : Dr Etienne Lecomte</p>	<p>Contacts presse MEDIAL Sylvie Courboulay Tél. : 01 53 83 81 55 sylviecourboulay@medial-rp.com Claire Parisel Tél. : 01 53 83 81 52 claireparisel@medial-rp.com</p>
--	---

Un enjeu de santé publique essentiel

Les Médecins Inspecteurs de Santé Publique (MISP) ne sont plus que 500, en France, aujourd'hui. Seuls médecins statutaires de la fonction publique d'Etat, diplômés en santé publique (ou équivalences), recrutés sur concours national et titularisés après une formation d'un an à cette fonction à l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes. Ils ont, pour 350 à 400 d'entre eux, dans les DDASS et les DRASS, une position d'interface avec les professionnels de santé et sont les garants du respect de la déontologie médicale dans les pratiques administratives. D'autres MISP en plus petit nombre (environ une centaine) travaillent en position de détachement auprès d'autres ministères (Justice, MAE...), d'agences sanitaires, ou diverses institutions nationales ou internationales (Europe, OMS...).

Le grand public connaît le terme « les enfants de la DDASS » bien que, depuis les années 80 ce soit le Conseil général et non plus la DDASS qui gère l'aide sociale à l'enfance. Le grand public a vaguement entendu parler de la DDASS au cours de l'affaire « des disparues de l'Yonne » car effectivement la DDASS a un rôle de contrôle des établissements médico-sociaux. Ce grand public sait également, car il a pu lire les annonces par voie de presse, qu'il convient de contacter la DDASS dans les cas de méningite (par exemple après contacts dans une boîte de nuit). Mais en général, c'est alors la Préfecture qui se met sur le devant de la scène car c'est elle qui constitue l'autorité administrative qui coordonne les actions de l'Etat au niveau du département.

La DDASS intervient dans 3 domaines : le sanitaire, le médico-social et le social qui souvent s'entrecroisent comme par exemple pour la promotion et la prévention de la santé publique.

Des trois, c'est le domaine sanitaire qui est le mieux connu : lutte contre les épidémies et endémies, tutelle et contrôle des établissements sanitaires (en lien avec l'ARH), protection sanitaire de l'environnement, et contrôle des règles d'hygiène.

Le domaine médico-social est un peu moins connu : il s'agit de la tutelle et du contrôle des établissements médico-sociaux (handicapés, maisons de retraite...) avec une grande partie de la compétence en cours de transfert au Conseil Général.

Le domaine social, enfin, est le moins connu du milieu médical: intégration, insertion, solidarité, développement social, avec là aussi une grande partie de la compétence (comme le RMI...) transférée au Conseil Général, ou avec une implication plus forte du niveau local (communal ou intercommunal) pour le développement social..

Au niveau régional la DRASS a plus un rôle d'observation, d'analyse des besoins, de programmation (PRSP, SROS...), d'évaluation des politiques et d'allocation de ressources dans les 3 domaines (en lien avec l'ARH ou le Conseil Général).

La veille sanitaire

La veille est assurée, dans les DDASS par les médecins inspecteurs de santé publique et les ingénieurs du génie sanitaire. Les maladies à notification obligatoire (tuberculose, méningite à méningocoques, légionellose, sida, typhoïde...) et tout phénomène susceptible d'avoir des répercussions sur la santé humaine sont notifiées ou signalées en urgence par les médecins et les biologistes du département au MISP de la DDASS. Ces signalements sont analysés et gérés par les MISP avec un double objectif :

1. Supprimer la source d'exposition à la maladie.

Même si ces missions s'effectuent sous l'autorité du Directeur de la DASS et du Préfet, elles impliquent de lourdes responsabilités qui nécessitent à la fois des connaissances spécifiques et des capacités de réaction rapides. Certaines se traitent à l'échelon départemental exclusivement, d'autres sont menées en collaboration avec l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) (échelon national ou régional: CIRE cellule interrégionale d'épidémiologie) qui procure essentiellement un appui méthodologique. Deux exemples :

- en cas de méningite à méningocoques, c'est le médecin inspecteur de santé publique qui coordonne les modalités de prévention (recherche de cas- contact, vaccination ou chimio-prophylaxie).
- en cas de toxi-infection alimentaire collective (personnes, enfants indisposés après avoir pris le même repas), l'enquête épidémiologique est assurée par le médecin inspecteur de santé publique qui contribue à identifier l'aliment en cause en collaboration avec les services vétérinaires.

2. suivre les tendances de maladies graves pour lesquelles des actions de prévention sont mises en place.

Si certaines épidémies sont circonscrites aux limites d'un département, d'autres ont une révélation plus large en lien avec la grande mobilité des personnes et des produits. Les données de surveillance collectées par les DDASS sont rassemblées au niveau national par l'InVS. La qualité de cette surveillance repose sur les MISP. Et l'amélioration de ce système, indispensable aujourd'hui, passe par un renforcement de cette collaboration dont chacun percevra la nécessité : approfondissement des enquêtes, élargissement aux problèmes de santé environnementaux, suivi statistique plus affûté des données au niveau départemental et national etc.

Les MISP sont des maillons essentiels en cas de crise sanitaire ou pour les prévenir. Par exemple ils ont un rôle très important de coordination des différents acteurs pour la mise en place du plan "pandémie grippale". Les alertes se multiplient. On dispose aujourd'hui de méthodes et de connaissances qui pourraient permettre d'éviter un certain nombre d'erreurs passées. Il faudrait au minimum un MISP à temps plein par département pour prendre efficacement en charge la veille sanitaire. On en est loin quand on sait que, dans la DDASS d'un département d'un million d'habitants, on a 2 à 4 MISP et que, la plupart du temps, la veille sanitaire représente au mieux un quart à un tiers de temps pour le MISP qui en est chargé...

Les MISP une espèce en voie de disparition

Les difficultés de recrutement vont croissant depuis plusieurs années :

- La moyenne d'âge à l'entrée dans le corps est très élevée (près de 45 ans).
- La majorité des nouveaux MISP recrutés ces dernières années l'ont été par une procédure de dérogation car le vivier des spécialistes qualifiés en santé publique est très restreint.
- La sélectivité du concours est faible (parmi les plus faibles de tous les concours de la fonction publique).
- Avant la LOLF, il existait près d'une centaine de postes vacants et les postes de MISP vacants représentaient 90 % des postes vacants de l'ensemble du Ministère de la santé.

Les conditions de travail des MISP, dues à la pénurie de recrutement, se sont donc peu à peu dégradées d'autant plus que les missions ne cessent de s'élargir, de s'empiler, de les exposer et que les attentes des décideurs et de la population en matière de sécurité sanitaire et de santé publique ne cessent de s'accroître.

Les postes créés à l'initiative des parlementaires au début des années 2000 pour faire face à des menaces spécifiques (une centaine entre Biotox et ESB) n'ont pu être pourvus que par les MISP déjà en poste et ont généré autant de postes vacants, accentuant ainsi les inégalités géographiques. Ces postes laissés vacants sont ceux qui ont "disparu" avec l'instauration de la LOLF.

Depuis le nouveau statut, mis en place en 2000 pour faire face au blocage des carrières, le ministère en charge de la santé a vu défiler pas moins de 5 ministres avec une valse des interlocuteurs qui donne le tournis. Ainsi, les blocages de carrière se sont de nouveau reconstitués et le « plan MISp » et son suivi qui devaient être mis en œuvre ne l'ont pas été. Quant à la réforme de l'attribution des primes, ses effets pervers sur de petits corps comme celui des MISp sont ubuesques, entraînant des inégalités de traitements injustifiables entre générations et en fonction des lieux d'exercice et dégradant les relations avec certains responsables hiérarchiques souvent non qualifiés pour évaluer les MISp ! Tout ceci concourt à instrumentaliser les MISp et à rendre l'exercice de leurs missions extrêmement difficile, voire impossible.

Le vrai problème : l'attractivité

Les médecins, actuellement formés en santé publique par l'internat, déjà peu nombreux, choisissent majoritairement d'exercer leur spécialité à l'hôpital, alors qu'il existe dans les services de l'Etat un besoin non satisfait de médecins spécialistes experts en santé publique ; besoin accru par la mise en œuvre de la loi de santé publique du 9 août 2004, qui fixe 100 objectifs ambitieux à atteindre et affirme le rôle de l'Etat en tant que pilote et garant de la politique de santé publique.

Cette non attractivité est lié à la différence de traitement entre les MISP et les Praticiens Hospitaliers de Santé Publique :

- Rémunération : niveau 25 à 30% plus élevé à l'hôpital.
- déroulement de carrière : blocages chez les MISP, carrière linéaire à l'hôpital
- possibilité de faire de la recherche et de l'enseignement pour les PH
- reconnaissance sociale : inexistante pour les MISP, plus satisfaisante pour les PH
- positionnement dans les institutions : défavorable pour les MISP qui ne disposent que de très rares collaborateurs et sont souvent positionnés comme des parents pauvres de la santé publique.

Un problème reconnu par les pouvoirs publics

Pour y voir plus clair, l'IGAS a réalisé une enquête sur l'utilisation des compétences médicales permettant à l'Etat d'assurer ses responsabilités dans le domaine de la santé au niveau local, telles que la loi du 9 Août 2004 les a définies. Il s'agissait ensuite pour les auteurs d'analyser les insuffisances existantes pour répondre à ces besoins et de proposer les moyens d'organiser une fonction médicale permettant à l'Etat de se montrer à la hauteur des défis auxquels il est confronté. Ces compétences médicales dont a besoin l'Etat pour exercer ses responsabilités relèvent d'une médecine d'exercice à une échelle collective, pour l'essentiel. Le rapport de la mission qui a étudié la situation des médecins inspecteurs de santé publique (MISP), des médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'oeuvre (MIRTMO), des médecins conseillers des recteurs, des médecins conseils affectés sur les missions de l'ARH est édifiant et précède même les demandes du SMISP.

Le volet MISP du Rapport est édifiant (voir pièces jointes) : il préconise, en filigrane, la filière unique qui permettrait à de nombreux médecins formés à la Santé publique de choisir à la fois une carrière de MISP et, par des passerelles de pouvoir faire une carrière unique en passant de l'un à l'autre corps.

Il convient également de noter qu'un autre rapport a été produit au cours de cette même mission IGAS, sur les «Avis rendus par les MISP sur le maintien des étrangers malades sur le territoire». Ce rapport rejoint enfin le souhait des MISP que cette mission paradoxale soit revue «pour les décharger au moins de la partie individuelle».

Les objectifs et demandes du SMIP

L'objectif principal et immédiat est de créer une situation d'attractivité pour le métier de MISP destinée à assurer le recrutement pérenne de jeunes diplômés et empêcher la fuite des MISP en poste.

Un deuxième objectif principal est de pouvoir disposer d'un statut unique de praticien de santé publique reconnu et polyvalent permettant une mobilité entre plusieurs institutions publiques ou ayant une mission de service public : établissements de santé, Etat, collectivités territoriales, voire assurance maladie, etc.

Un troisième objectif, est de revaloriser les MISP en poste : améliorer leurs conditions d'exercice (grâce au recrutement), leur rémunération, leur positionnement dans la structure et leur visibilité sociale.

L'objectif opérationnel est de réaliser la fusion des MISP et PhISP avec le corps (ou plutôt le quasi statut) de PH, ce qui réaliserait d'emblée la mobilité Etat/établissements de santé.

La réponse du Ministère : attendre 2007

Quand le rapport IGAS avait fait faire un pas en avant vers la revalorisation du statut de MISP (nécessité enfin reconnue et affirmée), la rencontre avec le directeur de Cabinet du Ministre, le lundi 30 octobre au soir, a fait faire 3 pas en arrière pour revenir à la case départ.

Même s'il dit partager les constats sur les problèmes de recrutement et de faible attractivité :

- pas question de fusionner MISP et PH en dépit de tout ce qu'a écrit le ministre lui-même et le DGS auparavant
- pas question d'aligner dans l'immédiat le statut de MISP sur celui des PH comme le recommande le rapport IGAS (recommandation 4.1), ni de reprofiler le corps des MISP (revaloriser le niveau d'entrée et linéariser la carrière : recommandation 4.3)

Il propose de créer un "Statut d'Emploi" pour tous les médecins de santé publique (recommandation 4.2), dont aucun élément n'est clair (situation dans la hiérarchie, mode de rémunération, calcul de retraite...). Pour cela, il « mettrait » en place un nième groupe de travail, cette fois-ci pour "étudier" la faisabilité de cette proposition que le rapport IGAS présente comme complexe et ne devant intervenir que dans un second temps. Il propose donc clairement de repartir pour des mois et des années... pour explorer ce statut des plus "flous", pas aussi bien documenté que celui des PH. La réponse du Ministère n'est donc que la création d'un nième groupe de travail, sans aucun échéancier, aucune garantie.

Il s'agit seulement d'attendre mai 2007 sans qu'il y ait de vagues !

La crise

Les MISP lancent donc un mot d'ordre de grève pour le 7 novembre et la poursuite du mouvement par des actions « coup de poing » jusqu'à ce qu'ils obtiennent des réponses qui leur permettent enfin d'espérer pouvoir répondre dans le temps à leur mission au service de la population.

Pour la journée du 7 novembre, ils défileront dans Paris (Avenue Duquesne, Place de l'Ecole Militaire, Place Vauban). Mais surtout, ils vont engager des opérations ponctuelles, dans la vie de tous les jours, non pour pénaliser l'action de santé publique mais pour paralyser la réponse aux besoins de l'Etat. Dans le même temps, ils s'adressent aux parlementaires (voir Lettre ci jointe) pour qu'un débat s'instaure, à l'occasion du vote de la Loi de Finances (budget de l'Etat) pour qu'enfin soit adopté un seul article qui ouvrirait la porte à cette filière unique.