

**SYNDICAT**  
des **MEDECINS**  
**INSPECTEURS**  
de **SANTE**  
**PUBLIQUE**

UNION CONFEDERALE DES MEDECINS  
SALARIES DE FRANCE (U.C.M.S.F.)  
65 RUE D'AMSTERDAM  
75008 PARIS  
www.smisp.fr

Paris le 23 novembre 2006,

le Président du SMISP

à

Monsieur le Ministre  
de la Santé et des Solidarités  
14 avenue Duquesne  
75007 PARIS

Monsieur le Ministre,

Je viens par la présente vous faire part des premières réactions des instances du SMISP à l'issue de la réunion de travail organisée à votre demande par la DAGPB le 17 novembre 2006. Nous avons bien noté une volonté de répondre à nos préoccupations et nous sommes attentifs aux scénarios envisagés.

Nous attendons certes des solutions spécifiques au métier de médecin inspecteur, mais nous avons déjà fait l'expérience des limites de telles solutions.

Au delà des incertitudes sur la faisabilité des solutions envisagées, nous sommes surpris et inquiets de constater que la principale voie explorée aujourd'hui pour répondre à nos préoccupations semble être celle d'un statut d'emploi destiné aux MISP en fin de carrière, alors que **l'attractivité doit être accentuée prioritairement sur le début de carrière si nous voulons être visibles et concurrentiels pour attirer de jeunes spécialistes en santé publique**, voire attirer de jeunes médecins vers la spécialité de santé publique.

Dans ce contexte il nous semble utile de rappeler les motifs du malaise des MISP et les objectifs de leur mobilisation:

- l'absence d'attractivité du métier, liée à la fois au peu de visibilité sociale et professionnelle, au différentiel de rémunération avec les métiers concurrents et aux difficiles conditions d'exercice, est un obstacle à l'augmentation des effectifs voire à leur maintien,
- au delà, la désaffection des métiers de médecin de santé publique et leur faible considération au sein de la profession médicale contribue au maintien, si ce n'est aggrave le fossé entre approche clinique et approche préventive collective

C'est pour ces motifs que nous avons misé sur le projet d'avenir pour lequel nous nous battons, destiné à sauver notre métier à long terme, et qui est présenté dans le rapport IGAS comme devant être mis en œuvre de façon urgente : **la fusion avec le statut des praticiens hospitaliers.**

En effet le schéma envisagé par vos services ne nous ne semble pas de nature à répondre aux autres enjeux essentiels du projet:

↳ **Créer les conditions d'un flux pérenne de médecins de santé publique vers le métier de MISP et la santé publique en population**

↳ **Faciliter le rôle d'interface avec les professionnels de santé**

- ↪ **Améliorer les possibilités de mobilité et le décloisonnement entre les métiers de médecins de santé publique**
- ↪ **Améliorer le positionnement et la visibilité du métier**
- ↪ **Elargir le champ de l'enseignement et de la recherche aux activités liées à l'administration de la santé**
- ↪ **Mieux prendre en compte les enjeux sanitaires dans les décisions et faciliter la compréhension de ces décisions**

Ces enjeux (détaillés en annexe) sont pleinement perçus par nos collègues qui ont massivement suivi notre grève du 7 novembre, ainsi que par la presse qui a très bien relayé, ce mouvement.

Seuls vos services semblent soudain fermés à cette approche, qu'ils ont pourtant porté pendant plusieurs années.

Nous souhaitons donc à nouveau attirer votre attention sur la responsabilité que vous risqueriez de prendre en retardant sans motif sérieux la mise en œuvre d'une réforme apte à résoudre rapidement les problèmes analysés dans le rapport IGAS et jugée urgente par ses inspecteurs, consensuelle entre les différents services, les syndicats concernés et aussi consensuelle politiquement puisque des parlementaires de l'UMP, de l'UDF et du PS l'avaient soutenue en 2004. Nous savons que les échéances de vote du PLF au Sénat permettent au gouvernement, s'il en a la volonté politique, de faire voter des amendements et ils sont prêts.

Dans ce contexte nous ne pouvons que maintenir la mobilisation de nos collègues et nos démarches de sensibilisation des élus et de nos partenaires.

Nous continuerons en outre à inciter les médecins inspecteurs à cesser de compenser l'insuffisance des effectifs au regard des missions par une assiduité professionnelle excédant largement et systématiquement les obligations statutaires de service et à recentrer activement leurs activités sur les missions prioritaires de santé publique et de sécurité sanitaire qui constituent notre cœur de métier.

**Dès le 27 novembre 2006 nous leur recommanderons de ne pas accorder de priorité à la rédaction d'avis et de rapports pour le CROSS et le CROSSM, activités dont le poids ne cesse de croître au détriment de l'accompagnement des objectifs de santé publique**

Afin de tenter une dernière fois de vous convaincre de la pertinence du projet dans lequel les médecins de santé publique ont placé leur espoir, je sollicite à nouveau au nom du syndicat que je préside, une entrevue directe. Dans l'attente d'une réponse que j'espère positive, je vous prie d'agréer, Monsieur Le Ministre, l'expression de ma haute considération.

***signé***

Docteur Bernard FALIU  
Président du SMISP

copie pour information :

Monsieur le Directeur Général de la Santé  
Madame la Directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins  
Monsieur le Directeur de l'Administration Générale, du Personnel et du Budget  
Monsieur le Directeur Général de l'Action Sociale  
Madame la Secrétaire Générale des services  
Mesdames et Messieurs les directeurs de DDASS, de DRASS et d'ARH (par voie électronique)

## **ANNEXE: Détail des enjeux et rappel des engagements antérieurs:**

### **La fusion avec le statut des praticiens hospitaliers:**

**Nous vous rappelons que cette solution était également retenue depuis plusieurs années par la DGS, que vous aviez vous même désignée comme pilote de ce dossier, approuvée par le Secrétaire Général M. Rapoport et que nous avons eu 3 réunions avec votre cabinet en 2006 sur ce sujet.**

Lors de la dernière, en juillet, il nous avait été confirmé que le processus était lancé avec une échéance avant la fin de l'année pour les articles de loi qui ont déjà été rédigés. Le support du PLF avait été cité, et une réunion à Maignon envisagée pour septembre. Il nous avait été affirmé :

- qu'il n'existait plus de blocage de la part de la DHOS,
- qu'il n'y avait pas de problème budgétaire majeur (nombre limité de MISP ayant intérêt à basculer dans ce statut d'emblée du fait de leur âge, surcoût contrebalancé par le jeu des cotisations retraites),
- qu'il n'y avait pas de blocage des ministères en charge de la justice et de la fonction publique,

Enfin la désinformation sur l'avis des syndicats représentatifs de PH avait été reconnue par Mme Toupillier (DHOS), qui avait confirmé que tous sont favorables au projet. Ils l'ont d'ailleurs manifesté par écrit.

Le schéma que vous envisagez actuellement, en lien avec la DAGPB, ne nous ne semble pas de nature à répondre aux autres enjeux du projet, qui nous semblent essentiels :

#### **1. Créer les conditions d'un flux pérenne de médecins de santé publique vers le métier de MISP et la santé publique en population**

Une revalorisation statutaire ponctuelle ne suffit pas à créer un flux pérenne de spécialistes, car les revalorisations du statut de PH sont beaucoup plus rapides, l'histoire récente en témoigne. Par ailleurs la carrière des PH est linéaire. Enfin si les conditions d'exercice restent en l'état pour les MISP, ceux qui viendront ne resteront pas.

#### **2. Interface avec les professionnels de santé**

L'un des rôles essentiels des MISP est un rôle d'interface avec les médecins soignants et les autres professionnels de santé. Il sera beaucoup plus facile de jouer ce rôle en étant dans le même statut que les PH, du fait du partage de valeurs communes autour des notions de « praticien » et de « service public ». De plus cela permettra un rapprochement entre l'univers du soin et l'univers de la santé publique santé publique qui ne peut être que profitable au fonctionnement du système.

#### **3. Mobilité et décroisement**

La santé publique a pour spécificité de se nourrir d'une connaissance partagée et d'un exercice collectif. L'une des conditions à la progression et à l'enrichissement des compétences en santé publique est une mobilité au cours de la carrière. Nous défendons à cet égard l'intérêt d'un cursus décroisé : hôpital/ hors hôpital, déconcentré/ central, France/Europe/International, Etat/ agences, Etat/ collectivités territoriales. Seul un statut unique pour tous les médecins de santé publique peut permettre cette mobilité en garantissant la continuité de la carrière.

#### **4. Positionnement et visibilité du métier**

La santé publique communautaire dans son ensemble souffre dans notre pays d'un déficit de reconnaissance et d'image. En effet culturellement en France, la santé est assimilée aux soins, le médecin est d'abord un soignant, et il existe une incompréhension sur les fonctions médicales non soignantes. Il est donc de l'intérêt de tous que les médecins de santé publique soient identifiés sous une appellation commune « praticien de santé publique », immédiatement compréhensible par analogie avec « praticien hospitalier » et regroupés dans le même statut, donc valorisés au même niveau, que les médecins soignants.

## **5. Enseignement et recherche**

Le statut de PH-PSP ouvre la voie à la bi-appartenance MCU-PSP ou PU-PSP et donc à l'exercice hors hôpital pour les MCU/PUPH actuels. Ceci permettra aux enseignants en santé publique d'exercer dans les services de l'Etat ou les agences tout en ayant une activité enseignante ou de recherche.

De ce fait les enseignants en santé publique auront une meilleure connaissance de notre pratique, et cela rendra leur enseignement plus pertinent. De plus les MISP créateurs de connaissance pourront la transmettre, la développer et l'enrichir (recherche) en ayant une possibilité d'accès à ces fonctions.

L'autre conséquence très importante à moyen et long terme sera la diffusion d'une meilleure connaissance de notre métier et du système de santé publique aux médecins en formations, aussi bien dans les premières années des études médicales que dans la spécialité de santé publique. Ceci est la meilleure façon de susciter des vocations à long terme, mais aussi de sensibiliser les futures générations de médecins à la santé publique et à leur rôle essentiel en matière de prévention et de signalement (veille sanitaire) notamment.

## **6. Meilleure prise en compte des enjeux sanitaires dans les décisions et meilleure compréhension des décisions**

Un autre rôle essentiel des MISP est de défendre les enjeux sanitaires dans les décisions. La fusion renforcera ce rôle. En effet les MISP pourront conquérir progressivement et naturellement un meilleur positionnement dans le système administratif, car ils ne seront plus considérés comme des médecins « au rabais » ou « alibis », comme c'est parfois le cas. De plus leur légitimité sanitaire sera renforcée, car ils ne seront plus coupés fonctionnellement de l'univers soignant. Enfin, ils contribueront aussi à une meilleure compréhension des décisions par les acteurs sanitaires car ils seront plus proches d'eux.