



SMISP/UNSA-Info

N°02 / 31 mars 2016

A vos agendas

Dès à présent, marquez en rouge dans votre agenda ces deux dates : **le vendredi 17 et le samedi 18 juin 2016**. A ces dates se tiendront l'Assemblée générale du SMISP-UNSA et son séminaire d'été. Après Lille l'an dernier, nous mettrons cette fois-ci le cap au sud puisque nous nous réunirons dans le cadre enchanteur du CAP D'AIL à quelques encablures (2 kms) de... MONACO.

Nous serons hébergés au bord de la mer, quasiment « les pieds dans l'eau », au centre de séjour « Thalassa » du Club de loisirs et d'actions de la jeunesse ([visite des lieux ici](#)). Ce centre est d'une accessibilité très facile (il est situé à environ 300 m de la gare de CAP d'AIL).

Le SMISP-UNSA prend en charge, pour les adhérents à jour de leur cotisation 2016, les frais de transport (base : voyage en train en 2^{ème} classe), d'hébergements (nuits du 16 au 17 juin et du 17 au 18 juin), ainsi que les repas du 16 au soir, des 17 et 18 au midi.

Le programme et le bulletin d'inscription vous seront très prochainement adressés. Toutefois, il est recommandé de réserver au plus vite votre voyage (un match de la coupe d'Europe de football est organisé à Monaco le 17 juin !).

Un nouveau groupe de travail pour l'avenir des MISP

Il y a un an maintenant, vos représentants avaient rencontré le SGMAS, Pierre Ricordeau et le DRH ministériel, Joël Blondel afin de leur faire part de nos interrogations sur l'avenir des MISP : mise en extinction ou refondation ? le statu quo apparaissant intenable. Nos interlocuteurs, au bout de 90 minutes de discussion n'avaient pas pu nous apporter de réponse claire mais devaient nous faire parvenir une «doctrine d'emploi» pour des médecins de santé publique, fonctionnaires d'Etat et inspecteurs de surcroît. Nous avons attendu. Rien n'est venu. Nous avons travaillé le sujet lors de notre séminaire de Lille en juin 2015. Et, finalement, nous avons écrit nous-mêmes. C'est le document que vous avez pu lire et valider à la fin de l'an passé et dans lequel nous tracions quelques pistes pour construire l'avenir des MISP en proposant d'ailleurs des évolutions majeures de notre profession (document disponible [ici](#) sur le site du SMISP).

Au début de cette année, deux signaux nous sont parvenus. Tout d'abord, l'annonce d'un concours de recrutement pour la fin 2016 (on se souvient qu'il n'y avait pas eu de concours en 2015), puis l'invitation à participer à un groupe de travail sur les MISP, qui associait, le cabinet santé, le SGMAS, la DRH, la DGS, deux DG-ARS, l'EHESP et les deux syndicats de MISP.

La première rencontre, le 11 février, a été très préliminaire et a permis de faire le constat partagé qu'il y avait bien un «problème MISP». Nous n'avions donc pas rêvé. Deux chantiers devaient être ouverts : le premier, d'assez longue haleine, devait permettre de définir un avenir pour la profession en commençant par définir sa place au sein de l'administration, ses missions et son organisation; le second, de plus court terme, était destiné à organiser le concours 2016 et la formation des lauréats à l'EHESP, en programmant les modifications nécessaires. Rien de concret, mais les pistes étaient intéressantes sur le principe.

Une seconde réunion vient de se tenir, lundi 21 mars. La DRH nous a présenté des propositions très précises concernant le concours et la formation initiale (ce sont des urgences), mais rien sur le dossier de fond de l'avenir des MISP. Si le concours de recrutement ne devait pas être

profondément modifié, en revanche l'année de formation était profondément chamboulée. Le SMISP-UNSA a dit et redit qu'il ne défendait nullement le statu quo et, qu'au contraire, il prônait des évolutions substantielles, mais pas n'importe quoi !

De façon résumée, les propositions de la DRH aboutissaient à un double effet :

- faire disparaître l'identité de médecin de santé publique, sauf pour les médecins ayant avant leur recrutement acquis cette qualité (notamment par le DES de santé publique), c'est à dire, en l'état actuel, une petite minorité. En effet, de l'aveu même de la DRH, ses propositions n'étaient pas à même de garantir une formation en santé publique digne de ce nom, en raison d'une transformation radicale de la formation initiale en une seule formation d'adaptation au premier emploi principalement constituée de temps de stage sur le lieu de travail (9 mois sur 12), ce qui pose, par ailleurs, la question de la capacité à former des ARS, compte tenu de la tension existante en termes de charge de travail;
- organiser le recrutement et la formation initiale sur un modèle correspondant à un recrutement ponctuel d'un médecin contractuel et non à l'entrée dans une carrière :
 - affectation négociée directement avec l'employeur : chaque lauréat aurait dû se vendre directement à un employeur. Que serait-il arrivé au (à la) malheureux (se) qui, bien que reçu(e) au concours, n'aurait pas trouvé d'embauche ?
 - formation initiale transformée en formation d'adaptation au premier emploi. Nous sommes bien loin du discours sur la nécessité de préparer des fonctionnaires pour toute une vie professionnelle avec les évolutions que cela suppose
 - disparition du diplôme de santé publique de l'EHESP et validation de la formation (et donc décision de titularisation qui s'ensuit) par le seul avis du chef de service, en pratique pour la plupart des futurs collègues, le DG d'ARS.

Dans ces conditions, pourquoi organiser un concours pour entrer dans un statut ? Il serait plus clair et plus simple de parler de recrutement de médecins contractuels en ARS.

Cela nous ramenait à notre questionnement initial, celui exposé il y a un an devant MM Ricordeau et Blondel : l'administration veut-elle encore avoir recours à des MISP ou faut-il organiser proprement la mise en extinction du corps ?

La première partie de la réunion a donc été un peu rugueuse. En effet, il a fallu tout d'abord expliquer à la DRH les raisons de notre opposition à leurs propositions. Progressivement, cependant, la nécessité de considérer globalement le concours et la formation, de tenir compte de la réalité des conditions très difficiles de recrutement semble avoir été entendue, de même que notre souhait d'amorcer une démarche de fond concernant l'avenir de la profession, en positionnant fortement notre identité de médecin de santé publique.

Nous avons rappelé ce qui pour nous est l'objectif principal de ce groupe de travail, à savoir définir une doctrine d'emploi pour des médecins de santé publique de l'Etat, ce qui doit s'accompagner d'une recherche d'attractivité, y compris financière.

Considérant l'aspect formation, nous avons encore insisté sur la nécessité de viser à terme pour tout nouvel entrant dans le corps la qualification de santé publique. C'est en affichant cette ambition au moment de l'ouverture du concours que l'on deviendra plus attractif, en même temps qu'il conviendra de présenter cette démarche dans le cadre d'une rénovation ambitieuse du corps des médecins de santé publique de l'Etat.

Il est clair que l'absence de vision stratégique sur la place des MISP dans l'administration sanitaire est un élément pénalisant pour toute la réflexion et n'aide pas la DRH et la SGMAS à concevoir un dispositif cohérent répondant à des objectifs clairs.

Nos arguments n'ont pas été contrés. La CFDT était en phase avec nous. Les interventions du DG-ARS sont allées dans notre sens.

Finalement le SGMAS et la DRH ont pris acte de la nécessité de revoir la copie, en ne se limitant pas à quelques replâtrages mineurs.

Concrètement, de nouvelles propositions devraient nous parvenir dans les semaines à venir, en vue d'une prochaine réunion le 14 avril.

A suivre.

Réforme territoriale : beaucoup d'inconnus et de nombreuses craintes, notamment en matière de veille et de sécurité sanitaire

Le SMISP-UNSA a examiné avec attention les documents officiels préfigurant les sept ARS regroupant deux ou plusieurs anciennes régions dans le cadre de la réforme territoriale. Il s'agit d'une première approche encore très incomplète, dont il est toutefois permis de tirer quelques éléments ([lire la synthèse de l'étude](#)).

Chaque région semble avoir agi de façon autonome, sans réel pilotage national, sans mutualisation des projets et des expériences. Le résultat est une grande hétérogénéité dans le positionnement de certaines missions et leurs modalités de mise en œuvre ; une organisation type nationale n'aurait-elle pas été la bienvenue lorsqu'on voit la complexité de certains organigrammes ?

L'impression est forte d'être surtout en présence d'une réflexion sur la forme (organisation et management de la future ARS) plutôt que sur le fond (qui aurait répondu à la question « quelles plus-values pour la santé publique du rassemblement des régions » ?). La réforme territoriale aurait ainsi pu être l'occasion d'une réflexion approfondie sur nombre de sujets : place et missions des délégations territoriales, mutualisation des fonctions médicales, nouvelles méthodes de travail (télétravail), amélioration du management et du processus de décision,... De ce point de vue, les propositions sont particulièrement décevantes. On se prend à rêver à ce qu'aurait pu apporter une telle réforme si un véritable audit des ARS avait été réalisé comme nous l'avions demandé.

Enfin, les documents officiels semblent peu bavards sur les conséquences pratiques sur les agents (en cas de suppression ou de reconfiguration des postes, de mobilité fonctionnelle ou géographique,...), notamment en terme financier et d'impact sur les carrières.

C'est toutefois en matière de veille et de sécurité sanitaire que nos inquiétudes sont les plus vives : baisse importante du nombre de MISP dans ces services, augmentation des tâches (dus notamment à l'augmentation des périmètres d'intervention) sans augmentation des moyens, moyens affectés très variables selon les régions, organisation des astreintes non détaillée, positionnement des CIRE mal précisé, velléité de reprendre les préconisations du rapport Grall (que nous avons dénoncées lors de sa parution), grande incertitude sur le maintien des postes de Conseiller sanitaire de zone (cf. infra),...

C'est la raison pour laquelle le SMISP-UNSA a décidé de lancer une enquête plus approfondie sur l'évolution des modalités d'organisation et de fonctionnement de la VSS auprès des MISP concernés. Cette enquête est en cours et nous ne manquerons pas de vous en communiquer les résultats.

Vie syndicale

Après les MIR, la disparition en catimini des CSZ ?

Le 22 janvier est parue une instruction « relative aux principes d'organisation des missions de veille et de sécurité sanitaire et des missions relevant des domaines de la défense et de la sécurité au sein des agences régionales de santé » ([lire ici](#)). Notre surprise a été grande à sa lecture en ce qui concerne les zones de défense et de sécurité. Outre que trois zones de défense conservent toujours un périmètre plurirégional (ouest, est et sud), il apparaît que le conseiller sanitaire de zone disparaît du paysage sans explication ni mention de son existence antérieure ; les textes traitant des missions et du recrutement des CSZ ont été tout simplement et silencieusement abrogés. La création des postes fonctionnels de MIR et de CSZ, permettant un accès au hors échelle D, avait été obtenue dans le protocole d'accord signé en 2007 avec notre ministre de l'époque. C'est donc un nouveau coup de pied de l'âne à notre statut et à l'attractivité de notre corps et un pas de plus vers la démedicalisation de notre administration en général et de la sécurité sanitaire en particulier, alors même que s'engage la discussion sur notre doctrine d'emploi (cf. supra) ; ce que nous n'avons pas manqué de dénoncer dans une lettre au SGMAS ([lire ici](#)).

DPC : orientations nationales

L'arrêté en date du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018 est paru au JO du 17 décembre 2015. Après quelques orientations générales s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé : « renforcer la prévention et la promotion de la santé », « faciliter au quotidien les parcours de santé », et « innover pour garantir la pérennité de notre système de santé », chaque spécialité médicale se voit proposer ses orientations propres. Pour les « médecins spécialisés en santé publique et médecine sociale », quatre orientations sont retenues : « utilisation des données de masse (big data) pour la création de connaissances et pour la décision en santé publique », « interventions en santé publique : conception, pilotage, évaluations des actions de santé publique et gestion de crise », « éthique et décisions en santé publique : inégalités de santé ; balance bénéfiques/risques ; droit d'alerte », et « sociétés, environnement, développement durable et santé des populations ».

Pour le SMISP-UNSA, ce qui importe maintenant est que se mette en place rapidement un cadre d'organisation et de financement de notre DPC permettant à chaque MISP de satisfaire aux obligations légales dans le respect de l'esprit du DPC, développement professionnel continu.

La direction du budget et la fonction publique ont enfin rendu leur avis sur les ratios de promotion pour la période 2016-2018 selon une note du 18 mars, adressée par la DRH aux organisations syndicales (rappel : le dernier arrêté fixant ces taux pour la période 2013-2015 date du 18 février 2013). Pour les MISP, ils s'élèvent à 22 % pour l'accès au grade de chef et à 12 % pour l'accès au grade de général. Sans surprise, le « guichet unique » (Fonction publique et Bercy) a confirmé les taux proposés par la DRH lors de la CAP d'octobre 2015. Il convient de rappeler qu'ils sont insuffisants eu égard aux nombreux collègues bloqués au dernier échelon de leur grade,... mais cela aurait pu être pire, le taux de promotion au grade de chef étant déjà passé de 25 à 22 %, ce que nous avons vivement dénoncé ! Il y aura donc bien 7 promus au grade de chef (pour 31 promouvables et 24 proposés) et 16 au grade de général (pour 132 promouvables et 74 proposés), cf. le SMISP-Info spécial CAP n°4/2105 du 15 octobre.

L'arrêté officialisant les ratios, daté du 14 mars, est paru au JO du 20 mars 2016. Toutefois certains corps, comme les IASS, n'ont pas encore vu leurs ratios arrêtés !

La Fédération UNSA Santé / Solidarité devient la fédération UNSA Santé Cohésion sociale.
Réunis en « Congrès », le 2 mars, les différents syndicats de la fédération (SYNPASS, SYNA, SYNPASE, SNIASS, SMISP, SPHISP, SRAF Champagne-Ardenne) ont accepté une modification des statuts : la fédération s'appelle maintenant UNSA Santé / Cohésion sociale (date d'effet au 1^{er} juillet), dénomination qui correspond plus précisément à ses champs d'intervention.
La Commission exécutive qui a suivi ce congrès a décidé notamment une hausse modérée des cotisations et la tenue régulière (tous les mois environ) de réunions afin d'échanger plus largement sur les problématiques des différents syndicats et de décider d'éventuelles actions communes (les prochaines réunions auront lieu les **mercredis 6 avril, 25 mai et 22 juin**). Elle a fait également le point sur les prochaines élections dans les ARS en juin.
Ces réunions sont les vôtres : n'hésitez pas à signaler à vos délégués régionaux (renvoi vers la liste), les points que vous voudriez voir traités par vos représentants.



Ça bouge en région

Deux poids, deux mesures dans les ARS

La réforme territoriale est l'occasion pour les syndicats des agents issus de l'assurance-maladie dans les ARS d'ouvrir à nouveau des négociations, dans le cadre de leur convention collective, tant au niveau national qu'au niveau local (accords locaux arrivant à échéance avec les nouvelles élections aux IRP le 16 juin 2016). Ainsi, en Pays-de-Loire, les syndicats de droit privé ont officiellement saisi la DG, dès octobre, pour ouvrir des négociations autour de la mobilité interne et des rémunérations pour la période 2016-2018. En Rhône-Alpes / Auvergne, dans le cadre de la fusion, les élus et représentants UNSA ont informé le personnel qu'en cas de changement substantiel des attributions des personnels issus de l'assurance-maladie, une prime de 50 % de leur salaire mensuel brut et même de 100 % si le changement fonctionnel est radical (suite à une disparition du poste par exemple), leur sera attribuée. **Pour les agents de droit public... RIEN !** Cette situation est inacceptable et a été dénoncée par l'UNSA qui demande l'ouverture de négociations pour les agents de droit public, fonctionnaires et contractuels, aboutissant à une égalité de traitement avec les agents de droit privé dans ces maisons soi-disant « communes » que sont les ARS. Ce qui ne serait que justice d'autant que, s'il n'y a pas d'égalité de traitement, on voit bien que, **pour donner aux uns, il faudra prendre aux autres dans le contexte des plafonds d'emploi et de masse salariale, et de l'application du RIFSEEP** (prime à la fonction et au... mérite). Ne nous laissons pas rouler dans la farine comme en 2010 !

SYNDICAT DES MEDECINS
INSPECTEURS DE SANTE PUBLIQUE
UNSA

UNION NATIONALE DES SYNDICATS AUTONOMES
(UNSA)
UNION CONFEDERALE DES MEDECINS SALARIES DE
FRANCE (UCMSF)
www.smisp.fr

BULLETIN D'ADHESION - A JOINDRE A LA COTISATION 2016

Nom et prénom :

Sexe : M / F

Coordonnées personnelles : Adresse :

.....
.....
.....

Tél personnel :

mail : _____ @ _____

Coordonnées professionnelles : adresse (Préciser éventuellement la DT, le poste occupé...)

.....
.....
.....

Tél professionnel :

mail : _____@sante.gouv.fr ou
_____@ars.sante.fr

MISP 90 € □
MIChef : • 110 € □
MIGénéral : • 130 € □
contractuel(le) : 70 € □
Retraité(e) : 60 € □

NB : vous avez droit à une réduction d'impôts de 66 % du montant de l'adhésion

• temps plein • temps partiel : _____ % •

disponibilité • détachement ou mis à disposition ?

Merci de votre soutien et de vos réponses précises qui permettent de mieux vous connaître et vous défendre.

Vos remarques et vos attentes vis à vis du SMISP (et plus sur feuille séparée si vous êtes en verve):

date:

signature:

Chèque à l'ordre du SMISP,

à renvoyer au trésorier : Thierry Mathieu - l'Herculis 12 chemin de la Turbie 98000 MONACO