

**L'utilisation des compétences
médicales permettant à l'Etat
d'assurer ses responsabilités
dans le domaine de la santé au
niveau local**

Rapport de synthèse

Rapport présenté par :

Jean-François BENEVISE et Alain LOPEZ

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé.***

***Rapport n° 2006 134
Août 2006***

Dans le cadre de son programme annuel, l'IGAS a proposé de réaliser une mission sur l'utilisation des compétences médicales permettant à l'Etat d'assurer ses responsabilités dans le domaine de la santé au niveau local.

La mission avait pour objectif d'examiner les besoins en compétences médicales qu'a l'Etat, au niveau local, pour assurer ses responsabilités dans le domaine de la santé, telles que la loi du 9 Août 2004 les a définies. Il s'agissait ensuite 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. La mission a examiné la situation des médecins inspecteurs de santé publique (MISP), des médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO, des médecins conseillers des recteurs, des médecins conseils affectés sur les missions de l'ARH.

La santé publique est désormais une préoccupation majeure de la population. Il est attendu des pouvoirs publics la mise en œuvre d'une sécurité sanitaire toujours plus absolue. Ces vingt dernières années, l'Etat s'est progressivement doté de différents outils de planification pour mieux définir ses stratégies de santé (SDO, SROS, PRS, PRSP, PRIAC, Plan santé au travail). Il a aussi mis en place des agences nationales et régionales pour agir avec plus de cohérence et de cohésion sur différents secteurs de la santé.

Toutes les administrations et organismes chargés de l'administration de la santé, au niveau local, affirment avoir besoin de compétences médicales en leur sein, nombreuses, bien formées, de haut niveau de qualification. Ces besoins portent sur la planification, l'inspection et le contrôle, la surveillance sanitaire et la gestion des crises, la relation de médiation avec les professionnels de santé et la population. S'ajoutent à ces grands domaines d'intervention, des missions de l'Etat ayant des effets individuels pour lesquelles l'emploi de médecins est nécessaire, (avis sur les étrangers malades, commission de réforme, comité médical, aptitude médicale des personnels enseignants...).

Malgré cette forte attente à l'endroit des médecins, les donneurs d'ordre font état de critiques envers ces professionnels, les jugeant insuffisamment diplômés, mal reconnus par leurs pairs, réalisant des expertises parfois peu fiables. Par ailleurs, ces médecins de santé publique sont confrontés à des questions d'identité professionnelle et de positionnement au sein des structures auxquelles ils appartiennent. Cette situation s'explique d'abord par la difficulté de concevoir clairement la plus-value apportée par la discipline de santé publique dont l'objet et les méthodes paraissent être faits d'emprunts aux différentes spécialités cliniques et à d'autres domaines scientifiques. Ce constat général s'applique à tous les secteurs mais à un degré moindre dans le secteur Travail qui bénéficie d'une reconnaissance peu contestée de la qualification des médecins spécialisés en médecine du travail.

Une analyse objective de l'organisation de la fonction médicale au sein des administrations et organismes chargés de l'administration de la santé montre la diversité, voire l'émiettement, des tâches confiées à des médecins et l'importance de leurs charges de travail. Trop souvent cependant les médecins sont employés à mauvais escient, soit parce que leurs missions pourraient tout aussi bien être remplies par d'autres professionnels, soit parce qu'ils sont encore utilisés pour des activités cliniques quand ils ont été recrutés pour un exercice de la médecine à une échelle collective.

Par ailleurs, un médecin de santé publique ne peut à lui seul posséder toutes les compétences utiles pour expertiser un problème de santé et pour définir les mesures adaptées à prendre. La compétence en santé publique se soutient d'un exercice collectif des médecins. Cet exercice collectif est en général mal organisé. De plus, le lien entre les médecins et les décideurs est souvent distendu.

Enfin, les conditions d'exercice et de rémunération des métiers de médecin de santé publique sont peu attractives, par comparaison avec celles dont bénéficient les praticiens hospitaliers et les médecins conseils. Cette réalité, conjuguée aux évolutions prévues de la démographie médicale, va entraîner, et entraîne déjà, des difficultés de recrutement grandissantes.

L'organisation de l'administration du système de santé a connu ces dernières années des réformes importantes. Quelle que soit la nature des réformes probables et attendues, la définition d'une stratégie d'emploi des médecins de santé publique par l'Etat est indispensable et urgente. Il serait bien imprudent pour l'Etat de se passer d'une fonction médicale performante pour assurer des responsabilités en matière de santé de plus en plus lourdes, même si elles n'étaient plus un jour exercées directement par ses services. Des dispositions utiles peuvent dès maintenant être prises sans risquer d'obérer l'avenir.

Cette stratégie d'emploi des médecins, la mission propose de la déterminer autour de quatre grands axes :

- Mettre en place une organisation de la fonction médicale plus collégiale et plus responsable, centrée sur l'exercice de la santé publique.

Dans les secteurs de la Santé, du Travail, et même sans doute à l'Education nationale, il faut constituer au sein des services déconcentrés, un service de santé, sous l'autorité d'un médecin. Dans la ligne de précédents rapports de l'IGAS, la mission propose qu'une Inspection Régionale et Interdépartementale de la Santé (IRIS) soit constituée dans les DRASS et les DDASS, sous l'autorité hiérarchique du Médecin Inspecteur Régional (MIR) qui deviendrait dès lors un emploi fonctionnel.

Les modalités pratiques de ces dispositions sont à adapter aux particularités des régions, et permettront une mobilisation claire et facile de l'IRIS par le préfet de département. Elles doivent être affichées dans un texte au niveau central et conduites avec la volonté de regrouper dans les meilleures conditions des ressources médicales rares et aujourd'hui trop dispersées entre le niveau régional et départemental.

- Renforcer la cohésion entre les services chargés de gérer la santé au niveau local.

Des collaborations étroites doivent être définies entre des services relevant d'administrations différentes mais intervenant dans le domaine de la santé avec parfois des attributions semblables ou complémentaires, sur la base des programmes existants. C'est le cas notamment des cellules pluridisciplinaires de la DRTEFP et des CIRE de la DRASS. C'est le cas aussi des services de prévention des risques professionnels des CRAM et des DRTEFP.

La participation de la DRTEFP et du Rectorat au conseil d'administration du GRSP est indispensable. La coordination de ces trois administrations de l'Etat entre elles sur les questions de santé est à structurer, au niveau des directeurs, sous l'égide du Préfet, comme au niveau médical à travers un conseil régional des médecins régionaux de santé publique que la mission propose de créer sous l'impulsion du MIR..

- Définir des conditions d'emploi des médecins de santé publique à la hauteur des compétences attendues et des responsabilités confiées.

Les médecins exerçant des fonctions de santé publique doivent pouvoir bénéficier de conditions d'emploi comparables, de rémunérations proches de celles de médecins cliniciens salariés, de facilités pour varier leurs expériences professionnelles en passant d'une fonction à une autre. Pour cela, plutôt que de se lancer dans la création d'un statut unique valable pour les MISP, les médecins conseils, les MIRTMO, les médecins conseillers du Recteur, la mission propose de concevoir un statut d'emploi commun, qui serait mis en place progressivement par les administrations, sans changer leurs recrutements avec des statuts d'origine différents. Cette approche pragmatique permettrait d'engager une dynamique sans risquer de s'enliser dans des discussions statutaires toujours complexes, susceptibles de retarder les avancées possibles. Sa mise en œuvre devrait être conditionnée à la réalisation des regroupements de moyens recommandés, seuls capables d'assurer l'optimisation des ressources existantes.

La mission propose également des dispositions pour adapter les conditions de recrutement et de formation à la profession médicale, en remettant en cause le caractère académique du concours, en organisant des parcours de formation individualisés et modulaires sans discontinuité entre formation initiale et continue, et en favorisant la mixité des équipes..

- Rapprocher l'enseignement universitaire en santé publique de la pratique de la santé publique.

La santé publique est loin de se résumer à l'activité hospitalière. Pour réduire la distance constatée entre les lieux de formation et la pratique non hospitalière en santé publique, la mission propose que les universitaires en santé publique puissent, à temps limité, accéder à des fonctions de responsabilité à la tête de services de santé des administrations, tout en conservant leurs missions d'enseignement. Les collaborations et associations entre les équipes universitaires et les équipes de santé publique des services déconcentrés doivent être développées (par exemple, des rapprochements entre les laboratoires hospitaliers universitaires et les structures de veille et de surveillance sanitaire seraient opportuns).

Au delà de l'analyse générale de son sujet, la mission a étudié de façon approfondie la situation de plusieurs corps de médecins : les médecins inspecteurs de santé publique (MISP), les médecins inspecteurs régionaux du travail (MIRTMO), les médecins conseils, pour ceux d'entre eux qui participent à la fonction de régulation collective au sein des ARH. Elle propose à chaque fois des mesures précises venant enrichir les dispositions générales définies au sein de la stratégie d'emploi des médecins qu'elle a avancée. Ces mesures, adaptées aux particularités des différents corps de médecins, portent sur la formation, la nature des fonctions, le statut et les conditions d'emploi.

Ainsi, il conviendrait de mettre en œuvre l'alignement des MISP sur le statut des praticiens hospitaliers, de faciliter le recrutement de médecins contractuels, de renforcer la formation continue, de recentrer leur activité sur des tâches nécessitant une compétence médicale, de reconsidérer les modalités de leur intervention dans le cas des avis à donner sur les étrangers malades en limitant leur mission au contrôle du respect de la procédure.

Les MIRTMO doivent voir leur positionnement au sein des DRTEFP consolidé grâce, notamment, à des responsabilités mieux affirmées dans un véritable service de santé et une implication plus forte dans la détermination des politiques de santé au travail. Leur rôle d'animation du réseau des médecins du travail est à préciser dans son contenu et ses moyens. La dimension santé publique de leur fonction est à développer, en s'aidant d'une évolution de leur statut et de leur formation, et en reconsidérant certains aspects de leurs attributions actuelles, notamment la question de l'aptitude médicale à l'embauche et les modalités de contrôle des services de santé au travail.

De nombreux responsables administratifs rencontrés par la mission ont insisté sur la dimension stratégique de la question des compétences médicales employées par les services au niveau locales. C'est bien le cas pour des services qui s'interrogent sur leur propre devenir. Mais c'est surtout une question stratégique pour l'Etat sommé par la population d'assurer une protection de sa santé de plus en plus efficace et étendue. La mission considère que des progrès substantiels sont possibles pour tirer un meilleur parti des ressources médicales employées par les services de l'Etat et en élever la compétence.

Cela passe, au total, par des mesures d'organisation à prendre dans les services, une réforme des conditions d'emploi, une redéfinition des missions, et des modifications de la formation.

Il ne s'agit pas de grandes réformes à programmer, mais plutôt d'une suite logique à donner à des évolutions déjà en cours (comme celles induites par la LOLF), ou de tirer les conséquences de changements dans la conception même de la santé et de la façon de la protéger (vision plus globale de la santé, place de la prévention).

Ces dispositions peuvent se concevoir de façon progressive et adaptée aux particularités des régions.

SOMMAIRE

Introduction	4
I. LE PARADOXE ACTUEL.....	5
1.1 LES TOUJOURS PLUS LOURDES RESPONSABILITÉS DE L'ÉTAT EN SANTÉ PUBLIQUE	5
1.1.1 <i>Le succès apparent de la santé publique</i>	5
1.1.1.1 La santé publique est devenue désormais une préoccupation majeure de la population	5
1.1.1.2 La nécessité d'une approche globale de la santé est en passe de s'imposer.....	6
1.1.2 <i>Une demande de protection adressée à l'Etat sur des fondements qui restent à préciser.</i>	7
1.1.2.1 La loi du 9 Août 2004, aboutissement et départ d'une ambition large et organisée.....	7
1.1.2.2 La santé publique et ses faiblesses.....	10
1.2 UNE REPRÉSENTATION AMBIVALENTE DES COMPÉTENCES MÉDICALES ATTENDUES PAR LES DONNEURS D'ORDRE	11
1.2.1 <i>Les besoins objectifs en compétences médicales</i>	11
1.2.1.1 Les fonctions reconnues à dominante collective.....	11
1.2.1.2 La persistance de missions de l'Etat à portée individuelle.....	16
1.2.1.3 Au total, des besoins en compétences médicales impossibles à satisfaire par chaque médecin.....	16
1.2.2 <i>Des compétences médicales recherchées pour des raisons de stratégie des services</i>	17
1.2.3 <i>Des médecins de l'Etat objets de controverses</i>	18
1.2.3.1 La santé publique n'est pas l'apanage des médecins	18
1.2.3.2 La contestation de l'apport en expertise	18
1.2.3.3 Le médecin au sein de l'administration confronté à des questions d'identité	19
1.2.3.4 Le médecin au sein de l'administration confronté à des questions de positionnement	20
II. UNE RÉPONSE EN PARTIE INADAPTÉE AUX BESOINS.....	25
2.1 DES MÉDECINS PEU FORMÉS ET MAL EMPLOYÉS	25
2.1.1 <i>Une formation insuffisamment développée</i>	25
2.1.2 <i>Des missions éclatées, en réponse à des attentes contradictoires, et des tâches n'exigeant pas toujours une compétence médicale</i>	26
2.2 UNE ORGANISATION PEU PORTEUSE QUI NE PERMET PAS D'ENTREtenir UNE COMPÉTENCE COLLECTIVE	27
2.2.1 <i>Le travail collectif des médecins n'est pas favorisé</i>	27
2.2.2 <i>Une dialectique entre l'approche généraliste et la spécialisation insuffisamment travaillée</i>	28
2.2.3 <i>Une relation entre médecins et décideurs souvent distendue</i>	29
2.2.3.1 La participation des médecins aux décisions et le pilotage des conditions d'exercice de leurs missions peuvent être déficientes dans certaines DDASS.....	29
2.2.3.2 Le collège des MISP a un fonctionnement parfois opaque et sans lien avec le CTRI.....	29
2.2.3.3 Place des MIRTMO au sein des DRTEFP.....	29
2.2.3.4 Place du médecin conseiller du Recteur	30
2.3 UN POSITIONNEMENT ALÉATOIRE DES MÉDECINS SUR LES ENJEUX STRATÉGIQUES DES INSTITUTIONS AUXQUELLES ILS APPARTIENNENT	30
2.4 UN CADRE D'EMPLOI PEU ATTRACTIF	31
2.4.1 <i>Des statuts verticalisés et des pratiques parfois protectionnistes qui laissent une place insuffisante aux parcours de carrière construits</i>	31
2.4.2 <i>Des statuts plus ou moins avantageux sur le plan des rémunérations, des possibilités de carrière, comparativement aux autres professions médicales</i>	32
2.4.3 <i>Des difficultés de recrutement déjà présentes et qui devraient s'accroître</i>	34
2.4.3.1 Des difficultés de recrutement dans tous les secteurs	34
2.4.3.2 Les effets à venir de la démographie médicale vont accroître les difficultés de recrutement déjà existantes	35
III. UNE STRATÉGIE D'EMPLOI DES MÉDECINS INDISPENSABLE ET URGENTE POUR L'ÉTAT.....	37
3.1 DES FONDAMENTAUX À CONSIDÉRER AVANT TOUTE RÉFORME	37
3.1.1 <i>Impossible de se passer de médecins de santé publique</i>	37
3.1.1.1 Sans médecins de santé publique, l'Etat serait en difficulté pour lutter contre les dangers qui menacent la santé de la population.	37
3.1.1.2 Plus la nécessité des choix s'impose, plus la fonction de médiation assurée par les médecins est indispensable	39
3.1.2 <i>La position des médecins de santé publique au sein des services doit être solidement établie</i>	40
3.1.2.1 La nécessité de collaborations médicales permanentes.....	40
3.1.2.2 Des médecins appartenant à l'Etat.....	40

3.1.3	<i>Le profil professionnel du médecin de santé publique doit être mieux défini</i>	41
3.1.4	<i>Les conditions d'emploi des médecins de santé publique doivent être adaptées aux particularités de leur parcours professionnel</i>	42
3.1.4.1	Réévaluer la question de la mobilité géographique	42
3.1.4.2	La formation doit être modularisée et contractualisée	43
3.1.5	<i>Rappeler les trois principes du métier de médecin de santé publique : indépendance des avis, travail pluridisciplinaire, et intégration dans le processus de décision</i>	44
3.1.5.1	Le médecin de santé publique est responsable de ses avis	44
3.1.5.2	Le médecin de santé publique élabore ses analyses et ses avis en les confrontant aux point de vue d'autres professionnels	45
3.1.5.3	Le médecin de santé publique est intégré dans le processus de décision	45
3.1.6	<i>L'avenir des médecins de santé publique n'est pas séparable de celui des autres catégories professionnelles et des services eux-mêmes</i>	45
3.1.6.1	Le travail pluridisciplinaire exige de reconnaître la place de chaque professionnel	45
3.1.6.2	L'organisation des professionnels entre eux a un impact important sur le développement du travail pluridisciplinaire	46
3.1.6.3	Une organisation crédible, stable et simple des services chargés de l'administration de la santé est attendue de tous les professionnels relevant ou non de l'Etat	47
3.2	PROMOUVOIR SANS DÉLAI DES ADMINISTRATIONS PLUS SOLIDAIRES ET MIEUX ADAPTÉES AUX NOUVEAUX ENJEUX DE LA SANTÉ PUBLIQUE	48
3.2.1	<i>Une organisation de la fonction médicale plus collégiale et plus responsable, centrée sur l'exercice de la santé publique</i>	48
3.2.1.1	Structurer les équipes de santé au travail autour du MIRTMO au sein du pôle travail de la DRTEFP	48
3.2.1.2	Constituer une Inspection Régionale et Interdépartementale de la Santé (IRIS) entre les DDASS et les DRASS	49
3.2.1.3	Consolider la position du MIR	51
3.2.1.4	"Redéfinir un pilotage simple et cohérent" de la politique de santé en faveur des élèves	52
3.2.1.5	Employer les médecins de santé publique pour leurs compétences	53
3.2.2	<i>Renforcer la cohésion entre les services chargés d'administrer la santé</i>	53
3.2.2.1	Rapprocher les cellules pluridisciplinaires du travail et la CIRE	53
3.2.2.2	Etablir des relations de travail organisées entre le service de santé au travail des DRTEFP et le service de prévention des risques professionnels des CRAM	54
3.2.2.3	Mettre en place un conseil régional des médecins régionaux de santé publique	54
3.2.2.4	Veiller à l'intégration de la DRTEFP et du Rectorat au sein du GRSP et à un fonctionnement interministériel des pôles régionaux	55
3.2.3	<i>Définir des conditions d'emploi des médecins de santé publique à la hauteur des compétences attendues et des responsabilités confiées</i>	56
3.2.3.1	Définir un statut d'emploi unique pour des médecins de santé publique d'origines différentes	56
3.2.3.2	Revoir les conditions de recrutement des médecins de santé publique	57
3.2.4	<i>Rapprocher l'enseignement universitaire en santé publique de la pratique de la santé publique</i>	58
3.3	L'AVENIR DÉPEND AUTANT DES MÉDECINS QUE DU CADRE INSTITUTIONNEL	59
3.3.1	<i>L'organisation de la fonction médicale dépend du cadre institutionnel adopté pour administrer la santé</i>	59
3.3.1.1	Trois axes structurants et une alternative pour définir le futur cadre institutionnel	59
3.3.1.2	Une stratégie d'attente est préférable à une attente de stratégie	60
3.3.2	<i>Les pratiques ont un effet sur l'administration de la santé aussi importants que les choix d'organisation</i>	61
3.3.2.1	Concevoir une politique globale de santé exige de la méthode et du savoir-faire	61
3.3.2.2	Mieux connaître pour agir à meilleur escient	61
3.3.2.3	Le développement de la prévention peut, dans l'état de la médecine moderne, entraîner les gains en santé les plus importants	62
	CONCLUSION	63

INTRODUCTION

L'article deux de la loi du 9 août 2004¹ a affirmé les responsabilités de l'Etat dans le domaine de la santé.

« La Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels. La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de l'Etat »

L'Etat exerce ces responsabilités directement par l'intermédiaire de ses services, ou les fait exercer par d'autres institutions ou organismes. Pour ce faire, l'Etat a besoin de faire appel à des compétences médicales. La mission confiée à l'IGAS portait sur l'utilisation des compétences médicales permettant à l'Etat d'assurer ses responsabilités dans le domaine de la santé au niveau local, dans le champ santé-social et travail-emploi. Elle a été conduite par Jean-François BENEVISE et Alain LOPEZ, membres de l'Inspection.

Dès le départ², la mission a pris le parti de considérer que les compétences médicales dont l'Etat a besoin pour exercer ses responsabilités relevaient d'une médecine d'exercice à une échelle collective³, pour l'essentiel. Entraient donc dans le champ d'intérêt de la mission : les médecins inspecteurs de santé publiques (MISP), les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO), les médecins conseillers des recteurs et des inspecteurs d'académie, les médecins inspecteurs régionaux de la jeunesse et des sports, les médecins conseils affectés sur les missions des ARH, les médecins des collectivités locales.

La mission a rencontré de nombreuses personnes qualifiées, s'est rendue dans trois régions (Alsace, Ile-de-France et PACA) pour dialoguer avec l'ensemble des acteurs concernés au sein des services de l'Etat ou en dehors, a pris connaissance des rapports et études établies sur ce sujet ces 20 dernières années. Elle a interrogé plusieurs conseillers sociaux d'ambassade mais les comparaisons sont difficiles à faire sur l'emploi des compétences médicales par les services de l'Etat, tant les systèmes de santé sont différents⁴. La mission a pu englober dans sa réflexion les praticiens conseils, pour la partie d'entre eux qui participe au fonctionnement des ARH. Mais, la situation des médecins conseillers techniques de l'Education nationale et de Jeunesse et Sports et celle des médecins des collectivités locales n'ont pu, faute de temps, être approfondies⁵.

¹ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

² Cf. note de cadrage de la mission annexe 1.

³ La mission fait une séparation entre une médecine d'exercice à une échelle individuelle qui est une médecine clinique, nécessitant une relation entre un médecin et un patient, ayant des effets directs sur l'individu concerné, et d'un autre côté une médecine d'exercice à une échelle collective n'exigeant pas une relation entre un médecin et un patient donné, ayant des effets sur un groupe d'individus.

⁴ Le conseiller social à l'ambassade de Suède a transmis à la mission des informations relatives au sujet traité dans ce pays (voir annexe 4). A contrario, ce texte fait apparaître les difficultés du cloisonnement des compétences entre niveaux ou collectivités prévalant en France.

⁵ Le ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative a fait parvenir à la mission une note de présentation des missions et du statut des médecins conseillers, jointe en annexe 5.

Dans la première partie du rapport, est décrit l'écart paradoxal entre les responsabilités de l'Etat et la représentation ambivalente des compétences médicales, vues du côté des décideurs. Une deuxième partie traite des insuffisances de la réponse apportée à ces besoins de l'Etat, que ce soit en termes d'écart missions-moyens, des insuffisances des organisations et des difficultés d'exercice du métier. Enfin, dans une troisième et dernière partie, la mission établit les préalables à observer dans toute réforme, propose un certain nombre de mesures concrètes à prendre dans l'immédiat pour définir une stratégie d'emploi des médecins de santé publique, et situe sa réflexion par rapport aux perspectives d'évolution de la gestion de notre système de santé.

Pour la structuration du rapport, la mission a pris le parti d'une double entrée, imposée par la nature du sujet :

- une approche transversale et synthétique, objet du présent document,
- une vision plus technique concernant trois corps de médecins salariés (MISP⁶, MIRTMO⁷ et médecins conseils⁸), ces trois thèmes faisant l'objet de rapports distincts.

⁶ Rapport n° RM2006-139A

⁷ Rapport n° RM2006-141A

⁸ Rapport n° RM2006-140A

I. Le paradoxe actuel

1.1 Les toujours plus lourdes responsabilités de l'Etat en santé publique

1.1.1 *Le succès apparent de la santé publique*

1.1.1.1 *La santé publique est devenue désormais une préoccupation majeure de la population*

Qu'on le regrette ou non, qu'on s'en inquiète ou s'en réjouisse, la santé s'est invitée durablement parmi les questions dites de société, ces questions qui obligent à reconsidérer les critères éthiques guidant nos actions et les règles de notre vivre ensemble.

Plusieurs crises sanitaires ont jalonné cette ascension de la santé sur la scène publique. Elles ont ébranlé nos institutions administratives et politiques⁹, interpellé les solidarités sociales et familiales, interrogé notre projet de société.

Dans l'affaire du sang contaminé, est apparu à quel point la soumission de la santé publique à des intérêts économiques pouvait s'avérer préjudiciable à la santé de la population.

La crise de l'amiante a remis en cause un modèle économique fondant les progrès et la prospérité sur une exposition pathogène, source de maladies, de souffrances, de milliers de mort des ouvriers employés pour l'assurer.

La canicule a entraîné en 2003 des milliers de morts. L'incapacité des institutions à percevoir la gravité du phénomène et l'impréparation collective à gérer des crises sans effet spectaculaire immédiat ont été probablement les causes de ce désastre. Mais, le peu de solidarités intrafamiliales, ou entre voisins, dans une structure de société de plus en plus individualisée, s'est trouvé lui aussi montré du doigt.

La grippe aviaire oblige à concevoir des stratégies de prévention en l'absence de toute épidémie, conduit à accepter de se prémunir contre un danger qui, peut-être, ne surviendra jamais. Elle contraint à des investissements intellectuels et matériels coûteux, des scénarii d'organisation et de fonctionnement des activités qui font bouger toutes les lignes de compétence et d'implication traditionnelle des acteurs, contribuant tout à la fois à une perception des enjeux essentiels et à une perte de repères anxiogène.

⁹ Il s'en est suivi une importante transformation de notre dispositif chargé de gérer les questions de santé, avec notamment la création de nombreuses agences.

Dans toutes ces situations, les conséquences sur la santé publique de choix collectifs ou individuels sont devenus des faits politiques jugés par le citoyen. L'Etat a été sévèrement rappelé à sa mission fondamentale de protection des populations.

Toute menace sur la santé est devenue insupportable. Les dangers dus aux guerres se sont éloignés. Les effets des pollutions environnementales, les catastrophes naturelles, les accidents et la survenue des maladies sont aujourd'hui les seules sources d'infirmité ou de mort. Nos techniques scientifiques garantissent à tous une espérance de vie, certes inégale¹⁰ mais sans cesse grandissante¹¹. La limite est désormais posée par la suffisance des moyens. Dans ce contexte, le coût de la santé, les dépenses inutiles dues aux divers gaspillages, les interrogations sur le maintien de notre système de protection sociale, sont des sujets d'inquiétudes et de préoccupations collectives majeurs.

Les savoir-faire et les ressources réunis l'emportent sur une fatalité en voie d'effacement. Dans un pays riche comme le notre, la faute ou la négligence sont les seules sources du danger que l'Etat doit pouvoir empêcher. A cet égard, l'attente du citoyen est d'une exigence croissante en terme de résultats.

1.1.1.2 La nécessité d'une approche globale de la santé est en passe de s'imposer

➤ La santé bien au-delà des soins

La maladie n'est pas qu'un fait lié à la constitution des individus. L'environnement plus ou moins délétère, les modes de vie, les comportements imprudents peuvent expliquer aussi la survenue d'une morbidité. Même quand un agent infectieux est en cause – le virus du SIDA aujourd'hui, le virus de la grippe aviaire demain – la propagation plus ou moins facile de l'affection va dépendre essentiellement d'un ordre mondial favorisant les contacts entre les populations de la terre entière, des attitudes de chacun dans sa vie quotidienne. Il ne suffit donc pas de chercher à guérir, surtout quand la thérapeutique est peu probante et/ou onéreuse. Il faut prévenir en agissant sur tous les facteurs responsables des maladies.

Quand la population est vieillissante, nombreux sont ceux qui, victimes âgées d'une maladie chronique, ne sortiront pas complètement indemnes d'une phase aiguë de leur affection. Traiter l'épisode morbide le plus immédiat est certes une nécessité, mais il faudra aussi corriger les effets des handicaps, prendre en charge la dépendance.

La santé d'une population ne dépend pas des seuls soins apportés à chaque individu malade. Veiller à la maîtrise des risques liés à l'environnement ou aux comportements des individus, prévenir la gravité des maladies en les dépistant le plus précocement possible, compenser le handicap, favoriser l'insertion sociale des personnes affectées par un problème de santé, lutter contre la dépendance, sont un ensemble de stratégies se complétant les unes les autres qui doivent aller avec une organisation efficiente des soins.

¹⁰ Ainsi, l'espérance de vie à 35 ans des professions libérales et des cadres est en moyenne de 6,5 ans plus longue que celle des ouvriers au même âge. ; De même, l'espérance de vie à la naissance varie de plus de 10 ans entre les zones d'emploi du nord et du sud de la France (période 1988-1992).

¹¹ En rappelant ce paradoxe : la France est un pays où l'espérance de vie est une des meilleures au monde pour les personnes âgées de plus de 65 ans, mais où elle est la plus faible en Europe (avec le Portugal) pour les personnes de moins de 65 ans.

Cette approche globale de la santé nécessite une politique d'ensemble dont les mesures se complètent dans le champ de la prévention, des soins, de l'action sociale. Elle est comprise de plus en plus comme la bonne façon d'améliorer la santé de la population, tout en maîtrisant mieux les coûts pour la dépense publique. Cela exigera des progrès dans nos savoir-faire pour définir des stratégies et des programmes articulés. Cela exigera aussi une organisation de l'administration de la santé au niveau local conçue pour porter et réaliser une telle ambition.

➤ La santé au travail, emblématique d'un élargissement des perceptions

Un exemple intéressant d'une approche globale de la santé mieux prise en compte est ce qui devrait se produire avec « *le plan santé au travail* » (PST).

Les maladies liées à une exposition professionnelle soulèvent la responsabilité des employeurs, indirectement dans leur indemnisation, directement par les mécanismes d'imputation pénale, et en amont par les mesures d'organisation ou préventives prises pour en éviter la survenue. Les pathologies en cause posent de leur côté le problème des liens avec d'autres facteurs de risque que l'exposition à un environnement toxique dans le cadre du travail. Il est difficile de concevoir des actions en faveur de la santé des travailleurs qui ne s'intéresseraient qu'à l'éradication d'un facteur de risque – l'exposition à un environnement toxique dans le milieu du travail – et ne considérerait pas l'ensemble des mesures à prendre pour éviter la pathologie s'en suivant¹². Par ailleurs, l'emploi d'une population vieillissante peut gêner le bon fonctionnement des entreprises du fait d'un état de santé déficient des personnes. En ce sens, la santé au travail dépasse les individus pour devenir un enjeu de compétitivité nationale et de dynamisme productif.

Une approche de santé globale permet, sur la population des travailleurs, d'obtenir plusieurs effets :

- une meilleure sécurité susceptible de diminuer les maladies professionnelles et les accidents du travail,
- une meilleure santé générale des employés, de surcroît utile à l'activité de l'entreprise, et aux atouts économiques d'une nation,
- une action plus complète sur l'ensemble des facteurs de risque susceptibles d'être responsables de la survenue d'une pathologie donnée.

1.1.2 Une demande de protection adressée à l'Etat sur des fondements qui restent à préciser.

1.1.2.1 La loi du 9 Août 2004, aboutissement et départ d'une ambition large et organisée

- L'aboutissement d'un processus de construction de stratégies et d'outils d'intervention en santé publique

¹² Certains cancers de la vessie sont entraînés par l'exposition à certains produits toxiques, mais peuvent aussi être une conséquence du tabagisme. Si l'objectif poursuivi est de lutter contre le problème de santé – à savoir la réduction du nombre des cancers de la vessie parmi les travailleurs exposés à ce produit toxique – il conviendrait d'éviter l'exposition aux produits toxiques responsables, mais aussi de lutter contre le tabagisme.

Au cours des vingt dernières années, la santé publique s'est profondément structurée.

- La montée en puissance d'approches stratégiques pour agir sur la santé

L'histoire de la planification sanitaire est remarquable par son double aspect de rationalisation d'une offre de soins en établissements mais également d'une maturation progressive des esprits vers un continuum de la prise en charge des populations quel que soit l'âge, les pathologies des personnes et les territoires concernés. Au moment où le plan à la française perdait progressivement ses principaux points d'appui, le secteur de la santé a su inventer des outils d'analyse, de projection de l'offre de soins hospitalière, avec le SROS conçu pour être un instrument de définition des missions des établissements et d'orientation de leurs activités.

Plus récemment, la même technique est employée dans les PRIAC¹³ pour les orientations de l'action médico-sociale, à la lumière des nouveaux partages de compétences issus de la deuxième phase de décentralisation.

De même, après une phase expérimentale, les programmes de santé initiés par la DGS à partir des ordonnances de 1996 se sont progressivement organisés pour donner un sens à l'action des institutions et des multiples acteurs de la prévention.

Pilotées par des directions d'administration centrale différentes, ces démarches doivent désormais converger pour être articulées sur les territoires. Les services déconcentrés ont un rôle privilégié de mise en cohérence de ces outils distincts mais complémentaires, dans un environnement institutionnel et partenarial toujours particulier pour que la politique de l'Etat soit perçue comme une, y compris au sein d'un même ministère.

- Des structures et processus d'intervention spécialisés et techniques

Chaque crise sanitaire s'est traduite par la création d'une nouvelle agence dédiée à la problématique identifiée : EFS, InVS, AFSSAPS, AFSSA, AFSSE. Ces nouvelles structures ont permis de recruter, sur le secteur de la santé publique, des personnels plus nombreux, plus spécialisés, à temps plein sur leur domaine de compétence.

Parallèlement, les services déconcentrés ont été renforcés en personnels techniques (médecins ou ingénieurs), avec l'idée de les affecter à des tâches définies sur des domaines précis : SIDA, ESB¹⁴, Biotox, et zone de défense.

Pour toutes les agences, la question s'est posée de la représentation locale de leurs missions. De manière générale, elles ont utilisé le canal des services déconcentrés pour les interventions locales que leur action requiert : élaboration des SROTS¹⁵ pour l'EFS, participation des PHISP à certains contrôles de l'AFSSAPS. Seul l'InVS a toujours voulu se constituer un réseau propre pour assurer la transmission des alertes et étudier les questions émergentes. La double tutelle des CIRE, scientifique par l'InVS et administrative par les DRASS, n'est qu'une position de compromis, perçue comme satisfaisante par les services déconcentrés mais non optimale par l'InVS.

¹³ Programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, destinés à recenser les besoins au plan local (en s'appuyant sur les schémas départementaux et nationaux), programmer ces besoins dans le temps, et les valoriser financièrement.

¹⁴ Encéphalopathie Spongiforme Bovine.

¹⁵ Schéma régional d'organisation de la transfusion sanguine

➤ Une nouvelle conception des responsabilités de l'Etat

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique¹⁶ n'est pas isolée ; plusieurs lois ont été promulguées visant à l'amélioration de notre système de santé : loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Par son ambition et son champ, elle vise à refonder l'action de tous sur un partage de responsabilités clarifié et des outils systématisés permettant de mesurer les progrès et les échecs.

L'action de l'Etat et de ses partenaires doit se juger sur l'amélioration de l'état de santé de la population, en s'intéressant en priorité aux plus fragiles. Le pari est de doter ainsi le pays des fondations dont il a besoin pour améliorer autant que possible l'état de santé de la population. La réponse organisée par ce cadre de référence méthodique et exhaustif vise à pallier les insuffisances de la réponse spontanée.

L'État affirme sa responsabilité à l'égard de la santé de la population en définissant, par la loi (et rapport annexé), tous les cinq ans, les objectifs de santé publique et les plans stratégiques conçus pour agir sur certains déterminants de santé.

Le rôle de l'État est clarifié : fixer les objectifs pluriannuels, garantir les résultats sur l'amélioration de l'état de santé de la population, impulser les actions nécessaires, en particulier la coordination des acteurs. L'expertise¹⁷, la concertation et la décision font l'objet de structures institutionnelles précises. Les objectifs déterminés par la loi sont clairement énoncés et, chaque fois que possible, quantifiés et suivis annuellement. Les niveaux d'action sont organisés, au niveau national comme au niveau régional. Les actions sont programmées dans des plans stratégiques pluriannuels et des programmes.

La région ayant été définie comme le niveau territorial optimal du partenariat des acteurs de santé et de l'optimisation de l'emploi des ressources disponibles, un groupement régional de santé publique doit être créé pour mettre en œuvre la politique de santé nationale, adaptée aux spécificités régionales par le plan régional de santé publique. Le GRSP peut également participer à des actions particulières du Conseil régional. Constitué sous forme de groupement d'intérêt public, il associe obligatoirement l'État et des établissements publics de l'État intervenant dans le domaine de la santé publique, l'assurance maladie et l'ARH mais également, « si elles le souhaitent », les collectivités locales. La responsabilité de l'État y est clairement affirmée : son représentant dispose de la moitié des voix, il est le président de son conseil d'administration et il nomme son directeur. Des compétences anciennes des collectivités locales sont recentralisées à l'Etat (tuberculose et cancer notamment).

Enfin cette présentation très large du champ de la santé publique s'applique à tous les domaines. C'est l'occasion pour le secteur Travail de retrouver ce qui a fait une partie essentielle des fondements de son intervention en faveur de la protection des travailleurs. Les dénonciations contenues dans les rapports Villermé dès 1840 concernaient la santé des

¹⁶ C'est la première fois que ce terme est utilisé dans le titre d'une loi depuis celle de 1902, fondatrice de l'approche populationnelle dans un contexte d'hygiène municipale.

¹⁷ La fonction d'expertise revient à une seule institution, qui reprend les missions du Haut Conseil de la santé instauré par la loi du 4 mars 2002 (succédant au Haut Comité de santé publique) et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

enfants, alors que les premiers inspecteurs du travail, souvent impuissants sur les questions d'hygiène et sécurité au travail, se heurtaient à la méfiance des ouvriers¹⁸.

1.1.2.2 La santé publique et ses faiblesses

➤ Pratique du choix ou recherche d'une sécurité absolue ?

Le « succès » de la santé publique porte l'héritage de ses origines. Né avec des crises sanitaires qui ont obligé l'Etat à toujours mieux assurer la protection de la population, poussé à réduire les risques jusqu'à les annuler, il tend à confondre la santé avec la sécurité.

Cette confusion entre santé et sécurité ne peut qu'entraîner de sérieuses déconvenues. La recherche d'une sécurité, forcément totale, oblige à ne ménager aucun moyen financier, en contradiction avec un niveau de ressources limité, ou juridique, en restreignant des libertés publiques paradoxalement plus fragiles dans des sociétés très encadrées par la technique. Des choix sont nécessaires et inéluctables, empêchant de prétendre assurer la suppression de tous les risques.

Le « succès » de la santé publique a des allures de trompe l'œil. En transformant le souci d'une meilleure santé pour la population en une préoccupation toujours insatisfaite de sécurité sanitaire, il ne prépare pas les citoyens à la gestion des choix à effectuer pour répartir nos efforts entre la prévention et les soins, pour obtenir des résultats de santé plus équitables au sein de la population.

➤ Une discipline universitaire insuffisamment reliée aux pratiques

La santé publique est une discipline médicale qui peine à être reconnue comme aussi noble que les disciplines cliniques. Deux raisons principales peuvent l'expliquer:

- la santé publique est une discipline difficile à caractériser. La définition de son objet, la santé, ne va pas de soi. Son savoir est fait d'emprunts à d'autres disciplines scientifiques, dont certaines ne sont pas médicales. Ses méthodes manquent de spécificité. Au total, à l'instar des choix faits dans certains pays, on peut se demander même s'il est pertinent que la santé publique relève des facultés de médecine.
- l'exercice de la santé publique distante du contact direct avec l'individu malade et paraît éloigné des réalités concrètes auxquelles se confronte tout médecin au quotidien.

Par ailleurs, elle n'établit pas un lien étroit entre son enseignement par l'université et une bonne part de sa pratique. Les universitaires de santé publique ont une pratique dans le domaine de l'épidémiologie, mais n'exercent pas de responsabilité, en général, dans les fonctions de planification des soins et de définition des programmes de santé, dans l'organisation et le développement de la prévention. Les universitaires en santé publique étant de statut hospitalier, leur domaine d'activité, au sein du champ très vaste de la santé publique, est donc inévitablement réduit.

¹⁸ Cf. La santé au travail ouvrage collectif Stéphane Buzzi, Jean-Claude Devinck et Paul André Rosental.

Cette coupure entre l'enseignement universitaire et la pratique constitue un réel handicap pour la discipline "santé publique". Ici, l'enseignement universitaire se développe peu à partir d'une expérience pratique complète de la discipline. La pratique générale de la santé publique est peu enrichie par les apports de l'université et de la recherche.

A l'inverse, en médecine du travail, les liens existent entre enseignants et praticiens. Les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre participent aux enseignements, prennent en charge des consultations de pathologie professionnelle, interviennent dans les colloques de la spécialité.

Il y a là un handicap fondamental pour les MISP, impuissants à raccrocher leur exercice professionnel à la source d'un savoir qui se développe et s'incarne dans des parties – l'épidémiologie – et des lieux – l'hôpital – d'exercice éloignés de leur quotidien. Toute ambition de revalorisation du statut professionnel des MISP se heurtera à cette difficulté qui excède le champ d'investigation de la mission mais nécessiterait de nouvelles recherches, en lien avec le ministère chargé des universités.

1.2 Une représentation ambivalente des compétences médicales attendues par les donneurs d'ordre

Pour assurer les responsabilités de l'Etat en santé publique, telles que définies par l'article 1 de la loi du 9 août 2004, les services départementaux et régionaux, dépendants ou non de l'Etat, affirment tous avoir besoin de compétences médicales en leur sein, nombreuses, bien formées, de haut niveau de qualification. Cette unanimité, appuyée par d'aussi fortes convictions sur les nécessités, n'est pas exempte de positions plus contrastées. Les médecins sont en même temps courtisés et décriés par les donneurs d'ordre.

1.2.1 Les besoins objectifs en compétences médicales

En apparence, les besoins objectifs des services en compétences médicales n'ont pas beaucoup évolué ces vingt dernières années. Il suffit pour s'en convaincre de relire les différents rapports qui ont été écrits sur ce sujet dans le passé¹⁹. Tous insistent sur les fonctions de planification, d'inspection et de contrôle, d'épidémiologie et de veille sanitaire, de médiation entre l'administration et les professionnels de santé, la population, pour lesquelles l'emploi de médecins dans l'administration de la santé est précieux, indispensable.

En réalité, le contenu de chacune de ces fonctions, pour l'exercice desquelles des médecins sont attendus, s'est considérablement transformé, entraînant des effets sur la nature exacte des compétences recherchées et sur les métiers correspondants.

1.2.1.1 Les fonctions reconnues à dominante collective

➤ La fonction de planification

¹⁹ Confer les rapports Jean-François GIRARD et Emmanuelle MENGUAL en 1991 et de : François PIEDNOIR en 1995.

En vingt ans, les outils de définition et de programmation des politiques de santé se sont multipliés en France et sont devenus de plus en plus sophistiqués.

- d'abord le Schéma Départemental d'Organisation (SDO) en 1986, employé pour organiser le dispositif de soins psychiatriques ;
- le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), au début des années 90, destiné à organiser l'offre de soins hospitalière publique et privée, et évoluant vers une organisation de l'offre de soins en général (Loi de 1991);
- les Programmes Régionalisés de Santé (PRS), au milieu des années 90, servant à programmer des actions de santé dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé ;
- Les Plans d'Action en Santé Environnement (PASE), à la fin des années 90²⁰ ;
- Les Schémas Départementaux dans le champ du médico-social, au milieu des années 90 ;
- le Plan Régional de Santé Publique (PRSP), en 2004, conçu pour déterminer la cohérence globale des politiques de santé déterminées dans une région ;
- le PRIAC, en 2005, pour structurer la stratégie d'action voulue dans le secteur médico-social ;
- le Plan Santé au Travail (PST), en 2004, défini pour programmer les actions à conduire en faveur de la santé des personnes au travail.

Depuis vingt ans, ces démarches de planification font l'objet de doutes et de critiques. Il ne s'agit pas seulement de la classique contestation de l'activité de planification, répétée à l'envi depuis les expériences soviétiques. Aujourd'hui, nombreux sont ceux qui s'interrogent sur l'avenir du SROS avec la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de santé publics et privés. Le PRS, en peine pour programmer véritablement une stratégie, est accusé de se transformer en une déclaration de bonnes intentions. Le PRSP, de son côté, paraît tantôt n'être qu'une compilation plus ou moins indigeste de programmations en santé diverses et variées, tantôt être une ambition aussi compliquée qu'utopique. Le PRIAC ne serait, ni plus ni moins, qu'un catalogue d'opérations immobilières obéissant aux circonstances. Quant au PST, il détournerait l'attention portée aux responsabilités de l'employeur concernant la santé des travailleurs, pour s'intéresser désormais aux risques liés aux comportements de tout un chacun.

Au delà de ces questions et de la bonne ou mauvaise foi qui les sous-tend, l'important est que nul n'admettrait que les services, dépendants ou non de l'Etat, en charge de responsabilités étendues concernant la santé de la population, confrontés à une exigence de résultats de plus en plus forte, dotés de moyens limités pour agir, ne disposent d'aucune stratégie concertée et prennent leurs décisions au gré des circonstances ou des inspirations du moment.

Ces stratégies peuvent prendre la forme d'un plan d'ensemble dont tous les détails sont arrêtés par une autorité unique. Ou bien, elles peuvent s'organiser autour d'un jeu aux équilibres variés, entre une série de responsabilités prises par diverses autorités au service d'une dynamique collective déterminée ensemble. Dans tous les cas, elles doivent déjà, et elles devront encore plus demain :

- s'appuyer sur des méthodes de programmation rigoureuses,
- être constituées d'un contenu argumenté capable de justifier les choix faits,
- éviter de s'ignorer, voire de se contredire, les unes les autres, et, en fait, savoir s'articuler entre elles pour, à partir d'actions préventives, sociales et soignantes, obtenir le plus de santé possible pour la population,
- boucler la démarche par une évaluation indépendante des résultats et des impacts

²⁰ Circulaire DGS/VS/ n° 87 du 20/10/1995.

Les différents services de l'administration de la santé, au niveau départemental et régional, ont bien compris cela et attendent des compétences médicales dont ils souhaitent disposer :

- une expertise toujours plus fine des problèmes de santé, et de leur prise en charge;
- une capacité à donner un contenu argumenté aux stratégies d'organisation de l'offre de soins ou aux programmes de santé ;
- un rôle d'interface entre l'administration de la santé et les professionnels de santé, la population, pour mieux connaître les besoins et savoir expliquer en retour les mesures destinées à mettre en œuvre les politiques de santé arrêtées.

➤ La fonction d'inspection et de contrôle

La fonction d'inspection et de contrôle, dans le domaine de la santé, ne se développe que depuis peu²¹. Dans le secteur des affaires sanitaires et sociales, nombreux sont les médecins inspecteurs de santé publique (MISP), ou les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales (IASS), qui s'interrogent même sur la pertinence de cette appellation d'inspecteur pour désigner leur profession.

Depuis peu d'années seulement ont été prises des dispositions par les services pour développer cette fonction d'inspection. Un module de formation particulier a été construit et mis en œuvre par l'ENSP. Au sein des DRASS ont été progressivement identifiées des missions régionales et interdépartementales d'inspection de contrôle et d'évaluation (MRIICE) avec des moyens dédiés de la DRASS mais également du temps de travail médico-administratif affecté dans chaque département à la réalisation d'un programme annuel de travail. Manifestement, l'activité d'inspection prend de l'ampleur, mais c'est là une orientation des services encore récente.

Dans le secteur du travail, l'inspection du travail, jusqu'à présent, maîtrisait mal certains des risques pour la santé résultant notamment de nouveaux process industriels et du développement de l'externalisation d'activités concourant à la production. En corollaire du plan santé au travail, les pouvoirs publics ont décidé de créer des cellules pluridisciplinaires au sein des DRTEFP, afin d'apporter à l'inspection du travail un appui scientifique, technique et méthodologique, dans ses missions de contrôle et de diffusion de la culture de prévention sur les lieux de travail. Destinées à garantir le maintien du caractère généraliste de l'inspection, ces cellules ont aussi pour objectif de développer des partenariats sur le champ de la santé et de la sécurité au travail, en développant la contribution du champ travail aux PRSE (plans régionaux santé environnement) et aux PRSP (plans régionaux santé publique).

L'approfondissement des activités d'inspection et de contrôle dans le champ du travail obéit à la progression d'un double souci :

- celui de la sécurité des personnes exposées à des risques dans le cadre de leur travail, ou lors de leur prise en charge par l'offre de soins ;
- et celui du bon usage de la ressource collective, dès lors qu'elle est comptée.

²¹ Suite aux préconisations du rapport de Nathalie Destaix et Gérard Vincent (1999).L'IGAS elle-même s'est organisée pour participer au pilotage de ces missions via la Mafi, mission d'appui aux fonctions d'inspections.

Cette évolution entraîne plus d'exigence dans la précision du contrôle. Elle a pour effet de l'étendre à tous les secteurs susceptibles de porter atteinte à la santé, quelque soit leur complexité. Aussi, les compétences attendues des techniciens - ingénieurs et médecins - dans ces services doivent permettre d'assurer les contrôles les plus techniques dans tous les secteurs du dispositif de soins. L'activité d'inspection et de contrôle ne saurait cependant reposer sur le seul emploi de médecins.

➤ La fonction de surveillance sanitaire et de gestion de crises

Jamais les menaces liées aux pollutions environnementales, aux épidémies infectieuses, aux risques industriels, n'ont paru aussi inquiétantes dans notre histoire récente. En parallèle, les risques sont de moins en moins acceptés. L'Etat est chargé d'assurer à la population une sécurité toujours plus absolue, et doit donc veiller à la survenue des dangers prévisibles et imprévisibles, afin d'intervenir avec une efficacité voulue sans faille. Même les phénomènes climatiques doivent être surveillés. Les plans se multiplient pour savoir faire face aux grands froids, aux fortes chaleurs, aux accidents nucléaires, à l'éventualité d'une pandémie due au virus de la grippe aviaire...

La crise a abandonné le registre de l'exceptionnel. Elle est devenue l'ordinaire. Dans les départements, les DDASS ont une part importante de leur activité accaparée par les tâches de prévention, d'intervention et de communication, liées à la survenue du moindre incident susceptible d'avoir des effets sur la santé de la population : un cas de méningite dans une école, une toxi-infection alimentaire lors d'un repas de famille pris dans un restaurant, un camion chargé de produits toxiques renversé sur une route, un décès inexplicable dans une maison de retraite, plusieurs cas groupés de légionellose dans le quartier d'une ville... La survenue fréquente de ces incidents oblige à des réactions immédiates toujours complexes, exposant les services a posteriori à des critiques virulentes voire à des poursuites judiciaires²², mobilisant de nombreux moyens humains pendant de longues périodes de temps. L'activité des DDASS est hachée par ces épisodes qui désorganisent leur programme de travail et les maintiennent dans un état de tension permanent.

Sans se trouver encore dans la situation des DDASS, les directions du travail sont elles aussi, désormais, sous la pression des crises sanitaires. Les conséquences de l'exposition à l'amiante, et demain la reconnaissance plus large des maladies professionnelles, obligent à reconsidérer les responsabilités des services de l'Etat, chargés, pour le moins, de veiller à ce que les employeurs prennent toutes les mesures nécessaires pour assurer la détection, la prévention et le traitement des risques. Le Conseil d'Etat, par un arrêt du 3 mars 2004, vient ainsi de reconnaître la responsabilité de l'Etat pour sa lenteur à agir dans le dossier de l'amiante²³. Par ailleurs, face à des risques épidémiques capables de toucher toute la population et de désorganiser l'activité économique du pays, tel celui entraîné par la grippe

²² A cet égard, l'assermentation revendiquée par les différents corps du ministère chargés de la santé contraint les fonctionnaires à une approche sans nuance des contrôles et les expose à des mises en cause plus fréquentes.

²³ Confirmant l'arrêt du tribunal administratif de Marseille qui avait relevé « le retard fautif mis par l'Etat pour édicter des normes plus sévères quant à l'inhalation de fibres d'amiante en milieu professionnel », la décision du Conseil d'Etat s'appuie sur les carences de l'Etat dans le respect de ses obligations générales en matière de prévention des risques professionnels, et de surveillance sanitaire des salariés : « il incombe aux autorités publiques chargées de la prévention des risques professionnels de se tenir informées des dangers que peuvent courir les travailleurs dans le cadre de leur activité professionnelle, compte tenu notamment des produits et substances qu'ils manipulent ou avec lesquels ils sont en contact, et d'arrêter, en l'état des connaissances scientifiques, au besoin à l'aide d'études ou d'enquêtes complémentaires, les mesures les plus appropriées pour limiter et si possible éliminer ces dangers ».

aviaire, les directions du travail, avec leur réseau de médecins du travail, ont une place importante au sein du dispositif de lutte contre la transmission de la maladie.

Au niveau régional, a été mis en place une CIRE. Ce dispositif a permis de répondre aux besoins de professionnalisation des activités de veille sanitaire et des investigations épidémiologiques lors de la survenue d'un épisode infectieux ou toxique au sein de la population régionale. Les professionnels recrutés par les CIRE sont aujourd'hui très spécialisés dans le domaine de l'épidémiologie utile à la veille sanitaire et aux interventions sur des crises sanitaires.

Cette fonction de veille et de surveillance sanitaire ne s'exerce pas qu'au niveau régional. Les déclarations de maladie obligatoire par exemple sont adressées d'abord aux DDASS qui les analysent. Cela a conduit à des liens étroits entre les DDASS et la CIRE. Ce sont les MISP dans les DDASS qui assurent la plus grande part de la gestion des crises.

➤ La fonction de médiation²⁴

« *Il faut être médecin pour parler à des médecins* ». L'antienne est répétée à satiété par les responsables des services. Le partage de connaissances communes permet de se comprendre. L'attachement à une confraternité ancestrale est créatrice d'empathie, comprise comme un gage d'efficacité.

Même si cette affirmation doit être nuancée, les responsables des services accordent à cette qualité relationnelle des médecins qu'ils emploient, au moins autant d'importance qu'à leurs compétences techniques.

Mais, le seul titre de médecin ne suffit pas toujours pour exercer avec efficacité cette fonction de médiation. Il faut aussi savoir communiquer sur des sujets souvent complexes et passionnels. Il faut surtout – les directeurs d'ARH rencontrés par la mission insistent sur ce point – être reconnu par ses pairs pour être crédible et, dans le meilleur des cas, exercer une autorité utile. Les médecins se classent entre eux selon une hiérarchie des valeurs aussi stricte que traditionnelle²⁵. Il faut être médecin pour parler à des médecins, mais c'est encore mieux quand on occupe aussi une bonne place dans cette échelle de la considération.

S'il faut être médecin pour parler à des médecins, être médecin est utile également pour parler au simple usager du dispositif de santé ; les ingénieurs sanitaires le reconnaissent et peuvent en nourrir quelque amertume au regard de leur compétence technique. Là, le titre suffit. Dans nos représentations sociales, un médecin est censé, plus que tout autre professionnel au service de l'Etat, comprendre les besoins exprimés par la population et être du côté du souffrant. Quand il s'agit d'expliquer une situation sanitaire et la pertinence des mesures prises, les responsables administratifs des services pensent que ses propos seront plus exacts et inspireront confiance. Savoir communiquer en public est alors la qualité qui, avec celle du titre, font du médecin un collaborateur précieux pour un responsable de service.

²⁴ Il est entendu ici par « médiation » le fait de servir d'intermédiaire, ce qui sert d'intermédiaire. Cette fonction d'interface est aussi exercée par les MISP en interne avec les services administratifs et pour faire le lien entre les champs de compétence des services.

²⁵ Au sommet, le PU-PH. Tout de suite au dessous, l'ancien chef de clinique. Puis, le spécialiste dans une discipline clinique (avec entre les disciplines cliniques certaines plus nobles que les autres).

1.2.1.2 *La persistance de missions de l'Etat à portée individuelle*

A côté de ces grandes fonctions dont l'exercice porte sur la santé des personnes à une échelle collective, l'Etat conserve des missions médicales dont les effets vont concerner des cas individuels :

- les agents susceptibles de bénéficier, du fait de leur état de santé, de mesures de protection sociale statutaire (congé de longue maladie, congé de longue durée, mise en invalidité), doivent voir leur cas individuel examiné par des commissions organisées par l'Etat (comité médical, commission de réforme) ;
- jusqu'aux réformes récentes, la participation aux commissions chargées de décider de l'octroi d'une prestation sociale pour les personnes handicapées (CDES pour les enfants et COTOREP pour les adultes) ;
- les dispositions prises à l'égard des étrangers malades en 1998 et renforcées en 2003 rendent nécessaire, pour autoriser le maintien sur le territoire pour demande de soins en France, l'appréciation par un médecin de la gravité de l'état de santé de la personne malade et de la possibilité pour elle de bénéficier de soins adéquats dans son pays d'origine ;
- l'Education nationale assure pour le personnel qu'elle emploie une médecine du travail placée sous l'autorité du médecin conseiller du Recteur.

Pour assurer correctement ces missions médicales ayant des effets individuels, l'Etat a besoin de compétences médicales cliniciennes (cas du comité médical, de la commission de réforme et des étrangers malades), et de compétences en médecine du travail (cas de l'Education nationale).

1.2.1.3 *Au total, des besoins en compétences médicales impossibles à satisfaire par chaque médecin*

Le médecin, dont l'Etat a besoin pour assurer ses responsabilités en santé publique, doit être paré de bien des qualités.

Il doit :

- avoir une compétence généraliste en santé publique,
- être spécialisé dans un grand nombre de domaines, afin de réaliser des expertises irréprochables (il doit être aussi compétent qu'un épidémiologiste, un réanimateur, un cardiologue, un chirurgien vasculaire...),
- maîtriser les méthodes de planification, de programmation sanitaire, et de contrôle,
- avoir l'autorité et la prestance suffisante pour prendre la parole dans les diverses instances et commissions dans lesquelles il est appelé à siéger,
- savoir bien communiquer, expliquer, négocier.

Autant de qualités chez un individu est chose rare. Seule une équipe peut, en se servant opportunément des qualités et des formations de chacune des individualités qu'elle rassemble, être en mesure de répondre aux exigences techniques adressées aux médecins relevant de l'administration de la santé.

1.2.2 Des compétences médicales recherchées pour des raisons de stratégie des services

Tous les services, qu'ils relèvent du secteur du Travail, de celui des affaires sanitaires et sociales, du service du contrôle médical de l'assurance maladie, sont aujourd'hui en proie à d'intenses calculs stratégiques²⁶.

Généralement inquiets de leur avenir, tous convaincus d'être à l'aube de transformations radicales du rôle et de l'organisation de l'Etat ou de l'assurance maladie dans l'administration de la santé, ils pensent que la présence, si possible nombreuse, de médecins en leur sein leur confère une utilité et une position acquise avec lesquelles il faudra compter quand seront redessinés les périmètres des responsabilités attribuées aux uns et aux autres.

Chacun a le sentiment, argumenté, qu'une future recombinaison de l'administration de la santé n'aurait que des avantages à se concevoir en lui conférant une place centrale. Les intérêts de chaque service se confondent, à ses propres yeux, avec ceux de la santé de la population.

Cependant, cette situation gêne les collaborations nécessaires car elle installe la méfiance entre les institutions. Et, tout projet d'organisation nouvelle de la fonction médicale suscite de vives réactions. Dans un tel contexte, les cloisonnements entre services et institutions ne peuvent que croître et embellir. Les organisations se figent en pensant que l'immobilisme les sert. La moindre initiative prise pour regrouper des moyens médicaux dispersés court le risque d'être jugée maladroite, impertinente, agressive²⁷.

Mais surtout, les incertitudes qui se prolongent sur la nature exacte des réformes attendues, favorisent le développement de toutes les supputations. Chaque service fait sa propre analyse des espoirs et des craintes. Aussi, les uns et les autres ne parviennent pas tous aux mêmes conclusions, et n'adoptent pas tous les mêmes attitudes.

Ici, une DRASS cherchera à positionner ses médecins sur les missions de l'ARH. Là, une autre laissera les médecins conseils investir ce champ et s'occupera plutôt de santé publique. Ici, les médecins conseils mesureront chichement leurs interventions au profit du secteur hospitalier et orienteront plutôt leurs efforts vers le contrôle des prestations. Là, ce sera le contraire qui se produira. Ici, une DDASS trouvera suspectes les initiatives prises par la DRASS et cultivera son « indépendance ». Là, une autre considérera que son salut est dans une coopération constante avec la DRASS.

Toutes les attitudes existent, entre les régions, à l'intérieur d'une même région. Les calculs stratégiques sont frappés d'inflation. L'action de l'Etat, dans ces conditions, risque d'apparaître brouillonne²⁸, peu homogène sur l'ensemble du territoire national, affaiblie par des querelles intestines. Trop de stratégies au sein de l'Etat ne fait pas, à l'évidence, un Etat stratège.

²⁶ Voir en annexe 6 ces visions stratégiques des divers services.

²⁷ Confer la tentative avortée de concevoir une mutualisation des ressources médicales entre les DDASS et la DRASS en Ile-de-France.

²⁸ Les partenaires hospitaliers de l'Etat font souvent observer leurs difficultés à comprendre les rôles respectifs des différents services de l'Etat et de l'assurance maladie avec lesquels ils traitent et qui peuvent connaître de sérieuses variantes selon les régions.

1.2.3 Des médecins de l'Etat objets de controverses

Ces médecins dont tant de responsables de service assurent ne pas pouvoir se passer font pourtant l'objet de sévères critiques et ne sont pas toujours à leur aise dans les institutions auxquelles ils appartiennent et dans les fonctions qu'ils occupent.

1.2.3.1 La santé publique n'est pas l'apanage des médecins

Si la santé est « *un état de complet bien être physique, social et mental* »²⁹, à l'évidence, les moyens d'agir en sa faveur, à une échelle collective, ne relèvent pas des seuls médecins. Plus encore, donner une place trop grande aux médecins dans la gestion des questions de santé publique ferait sans doute courir le risque de réduire le sujet à la question des soins, tant l'inclinaison en ce sens est forte, compte tenu de l'orientation des études de médecine.

A côté de ces arguments sur le fond pour limiter la place à donner aux médecins dans la gestion de la santé publique, il y a aussi la crainte de voir cette corporation exercer sur l'administration de la santé une domination aussi forte que celle qui est la sienne dans le secteur des soins. Formés à l'hôpital, les médecins y auraient pris de mauvaises habitudes. Aux commandes dans l'administration de la santé, ils auraient certainement tendance à étendre toujours davantage une autorité sans partage. Nombreux sont les professionnels dont la compétence est nécessaire dans la gestion de la santé publique, qui redoutent l'avènement d'un impérialisme médical, inévitablement arrogant selon eux.

Ces représentations négatives des médecins ne doivent pas être négligées. Elles pèsent beaucoup sur le partage des responsabilités entre les professionnels au sein des services. La qualité des personnes ne suffit pas pour éviter des relations parfois délicates entre métiers. Les services des affaires sanitaires et sociales sont particulièrement exposés aux risques de frictions internes compte tenu de la multitude des métiers qui coexistent. Pourtant, les politiques de santé publique requièrent des aptitudes et des connaissances qui ne sont pas l'apanage des seuls médecins. De la même manière qu'on ne concevrait pas une administration sanitaire et sociale sans médecins, on ne voit pas les justifications d'une administration purement médicale.

1.2.3.2 La contestation de l'apport en expertise

➤ Des médecins jugés peu diplômés

« *Les MISP ne sont pas des spécialistes* ». La mission a rencontré de nombreux cadres administratifs qui s'en émeuvent et jugent de ce fait que la qualité des expertises médicales de leurs collègues ne peut qu'être faible.

Il est vrai que depuis 1991³⁰, il n'est plus indispensable d'être titulaire de la spécialité en santé publique pour devenir MISP. Une expérience en santé publique, appréciée par une commission, suffit pour être autorisé à se présenter au concours de recrutement à l'ENSP. Les titulaires du DES en santé publique ne s'orientent guère, voire pas du tout, vers les fonctions de MISP, alors que les médecins inspecteurs recrutés avant 1991 étaient tous des

²⁹ Définition donnée par l'OMS en 1946.

³⁰ Décret n°91-1025 du 7 octobre 1991 relatif au statut particulier des médecins inspecteurs de santé publique

spécialistes en santé publique. Depuis, les recrutements nouveaux ont changé l'image du corps.

➤ Une spécialité en santé publique à la plus value incomprise

La santé publique est une discipline dont les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre se méfient. Elle leur apparaît comme moins technique que leur propre spécialité, la médecine du travail. Par son approche multifactorielle des problèmes de santé, elle risque de sous-estimer, dans le cadre du travail, la part prise par l'exposition à des produits toxiques ou par de mauvaises conditions d'emploi dont l'employeur est responsable.

Dans les services des affaires sanitaires et sociales, les cadres administratifs, les ARH, estiment, pour la plupart, que la spécialité en santé publique n'apporte pas aux médecins une compétence avantageuse quand il s'agit d'organiser l'offre de soins. A leurs yeux, il est surtout nécessaire d'employer des médecins compétents dans les spécialités cliniques trouvées à l'hôpital. Quand les MISP sont utiles, c'est parce qu'ils sont médecins et qu'ils ont eu, par chance, un parcours clinique antérieur sérieux. C'est la même chose pour les médecins conseils.

C'est seulement dans le domaine de l'action sociale, quand il est jugé nécessaire de prendre en compte les problèmes de santé des populations en situation de précarité, que la collaboration avec un médecin spécialisé en santé publique devient précieuse.

La compétence en santé publique paraît souvent conçue comme apportant aux médecins qui la possèdent une dimension de type humanitaire, particulièrement intéressante dans le secteur du social, mais sans nécessité dans le secteur du soin. Et on peut se demander si le recrutement ces dernières années d'un nombre élevé de MISP ayant été coopérants dans des pays en voie de développement, n'a pas contribué à renforcer cette représentation de la santé publique dans les services. Cette situation va parallèlement avec le renforcement des compétences techniques au sein des nouvelles agences.

➤ Des médecins à l'expertise peu fiable

Trop médecins pour apporter une expertise juridique et administrative sûre, pas assez médecins pour apprécier valablement les questions techniques posées par l'organisation et le fonctionnement d'une activité clinique spécialisée, les MISP et les médecins conseils ne répondent pas suffisamment aux besoins désormais exprimés par les ARH. Face à des partenaires cliniciens contestant leurs arguments, les directeurs d'ARH aimeraient pouvoir opposer des médecins encore plus compétents. Ils envisagent d'ailleurs pour cela de recruter des praticiens hospitaliers dans leur équipe rapprochée, Cette réponse pour rassurante qu'elle apparaisse à court terme, risque de rendre les arbitrages juridiques et budgétaires plus difficiles dans des GIP dont la vocation première reste généraliste et axée sur les grands équilibres d'une région.

1.2.3.3 Le médecin au sein de l'administration confronté à des questions d'identité

➤ L'identité médicale problématique du médecin ayant un exercice en faveur de la santé à une échelle collective

Selon les représentations sociales communes, ce qui fait un médecin, c'est la possession de deux attributs : la fonction diagnostique et la fonction thérapeutique. Les médecins ayant un exercice en faveur de la santé à une échelle collective ne se servent, dans leurs activités professionnelles, ni de l'un ni de l'autre de ces deux attributs. Dans ces conditions, seul le titre rappelle l'identité. Cette situation laisse en général assez perplexe la plupart des partenaires professionnels de ces médecins. L'abandon de la référence clinique n'est pas compris, surtout quand à sa place le savoir et les méthodes de la santé publique paraissent manquer singulièrement de consistance.

Les pires soupçons alors s'éveillent. « L'engagement dans la santé publique ne serait-il pas la réorientation des moins compétents ? ». « Le défaut de caractère pour affronter au quotidien la souffrance et la mort de l'autre ne serait-il pas la raison de cette vocation détournée de la clinique ? ». Il n'est pas sûr que les médecins ayant choisi un exercice de la santé publique ne se posent pas eux-mêmes ces questions à leur propre endroit, quand ils contestent vivement toute subordination administrative de leur organisation (c'est le cas des médecins conseils), ou quand ils radicalisent leur divorce avec le secteur des soins (c'est le cas des MISP défenseurs d'une santé publique réduite à la prévention).

➤ Une appartenance à l'Etat aux contours flous

Depuis la mise en place des ARH, les MISP et les médecins conseils ont vu leurs modes d'exercice se rapprocher jusqu'à se confondre, dans le secteur des soins. Plusieurs cadres administratifs de DDASS et de DRASS rencontrés par la mission affirment que, pour eux, un MISP et un médecin conseil sont complètement interchangeables. Pourtant, pour les acteurs hospitaliers, médecins ou administratifs, l'appartenance du MISP aux services de l'Etat est une différence importante. Il est attendu du MISP, comme de tout agent de l'Etat, une impartialité, une neutralité, un sens de l'intérêt général, capables de garantir un fonctionnement juste et solidaire de notre système de santé.

Les médecins conseils ont le sentiment d'être, eux aussi, porteurs des mêmes référentiels que les fonctionnaires de l'Etat, se sont rapprochés des préoccupations de santé publique de leurs collègues MISP, mais ce ne sont pas des fonctionnaires de l'Etat.

Les MISP sont des fonctionnaires de l'Etat, mais d'autres professionnels leur sont substituables, aujourd'hui les médecins conseils, demain les praticiens hospitaliers.

Dans le secteur du travail, les MIRTMO employés par les services de l'Etat ne sont pas des fonctionnaires de l'Etat. Ils ont le statut de contractuels et sont issus des services qu'ils sont chargés de contrôler et d'animer.

1.2.3.4 Le médecin au sein de l'administration confronté à des questions de positionnement

➤ Un emploi mélangeant les genres

Le médecin employé au sein de l'administration exerce en faveur de la santé à une échelle collective. C'est un médecin de santé publique. Pourtant, il lui est aussi demandé d'accomplir des tâches s'apparentant à une médecine clinique. C'est le cas pour le MISP dans le cadre de la procédure des étrangers malades demandant à rester sur le territoire pour se faire soigner. C'est le cas pour le médecin conseiller du Recteur auquel est demandé d'animer une

politique de santé dans le réseau de l'Education Nationale, et qui doit aussi d'impulser la politique en faveur de la santé du personnel, et à ce titre, réaliser les visites médicales d'aptitude pour les enseignants³¹.

Ce mélange des genres présente des inconvénients. Ces médecins ne maîtrisent plus suffisamment les compétences cliniques nécessaires pour accomplir les tâches qui leur sont confiées. Par ailleurs, cela montre que leur administration, en les recrutant pour une spécialité non clinique, et en les employant même à la marge sur des missions cliniques, n'a pas une représentation très claire de leurs compétences exactes.

➤ Une indépendance technique qui dérange

Le médecin doit être solidaire du projet de son administration. Mais, il est aussi un technicien dont le contenu des analyses et des avis ne doit obéir qu'aux seules règles de son domaine de compétence, par référence à une déontologie professionnelle garantie et contrôlée par le Conseil de l'Ordre des médecins³². Quand il s'agit pour lui d'apprécier des besoins de santé et la qualité d'un projet se proposant d'y répondre, le médecin employé par l'administration ne saurait prendre une position contraire aux conclusions de son approche technique.

Cette double appartenance à une administration d'un côté, et à une profession technique de l'autre, confère au médecin de santé publique des devoirs contradictoires. La recherche d'une attitude respectueuse de chacune de ces deux fidélités est toute la difficulté de son métier. Mais, dans tous les cas, le point de vue technique établi sur une situation sanitaire ne peut pas faire l'objet d'un compromis ou d'un reniement au nom d'une autre et quelconque considération. C'est d'ailleurs là l'intérêt de l'administration, pour la bonne marche de son projet du moment, comme pour celle de ses projets à venir.

L'administration, en employant des techniciens, doit garantir l'indépendance de leurs avis, sous réserve que ceux ci respectent les prescriptions législatives et réglementaires. Et le citoyen doit pouvoir connaître les résultats des expertises à partir desquelles l'Etat a agi en vue de l'intérêt général. L'action de l'administration perd toute légitimité quand elle se détermine en ignorant ces deux principes. En masquant les avis contraires à son projet, l'administration se révèle partisane. En cachant au citoyen des aspects de la réalité, elle l'abuse.

Ainsi, par exemple, il arrive que des MISP, chargés de rapporter un dossier d'autorisation d'équipement devant le CROS, en conformité avec le SROS arrêté, se voient demander de ne livrer que l'avis final de leur administration. L'administration ne saurait mettre son médecin

³¹ Le médecin Conseiller Technique Régional est également responsable du service de médecine préventive ; à ce titre, il émet des avis à la demande de l'administration ou des fonctionnaires dans le cadre de l'aptitude en début et en cours de carrière, des contrôles en cours de congés de maladie, de l'octroi de bonifications dans le cadre du mouvement inter ou intra académique ou pour toute situation particulière.

³² De tous les médecins salariés qui font l'objet de cette étude, les MISP sont les seuls à ne pas devoir adhérer. Tous sont cependant soumis à plusieurs articles essentiels, repris dans le code de la santé publique et en particulier celui-ci : Article 95 (article R.4127-95 du code de la santé publique) : « *Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce* ».

dans une situation où elle exigerait de lui sa subordination administrative, et où, en même temps, elle utiliserait sa qualité de médecin pour garantir à ses partenaires un exposé objectif de la question à traiter.

Son indépendance d'avis fait courir au médecin le risque de prendre trop de champ par rapport à une administration qui le justifie pourtant dans son action. Sa subordination à une autorité administrative le menace de perdre toute crédibilité dans l'exercice de son métier. La tension entre ces deux extrêmes n'est pas simple à équilibrer. Pour y parvenir, le médecin a besoin de l'aide de son administration elle-même.

Cette indépendance d'avis pour le médecin est tout aussi importante à reconnaître aux autres professionnels des services de l'Etat, et plus particulièrement aux IASS. A ce propos, la responsabilité générale de constitution du rapport et de l'avis sur une demande d'autorisation d'équipement, et sa présentation devant le CROS, devrait incomber à un inspecteur, ou à un chargé d'étude de la CRAM, le médecin n'apportant qu'une contribution dans le seul champ de sa compétence. Le fonctionnement des ARH y gagnerait en clarté, d'autant que dans les prochaines années, les contraintes budgétaires qui seront réellement exercées sur le système de soins risquent de conduire à des arbitrages que les médecins ne devraient pas porter directement mais dans lesquels les administratifs devraient trouver toute leur place, à condition d'intégrer dans leur formation une analyse économique qui fait encore largement défaut aujourd'hui.

➤ Une place incertaine au sein des organisations administratives

Le MISP est un conseiller technique de l'administration à laquelle il appartient. Il en est de même pour le médecin conseiller du Recteur, pour le MIRTMO. Mais, un médecin dans l'administration n'a pas qu'une fonction d'expertise. Il peut aussi être chargé de piloter les travaux d'élaboration d'une stratégie de santé, voire certains aspects de sa mise en œuvre. A ce titre, il peut être responsable d'un service administratif. Par ailleurs, il peut être utile de constituer une équipe médicale composée de conseillers techniques en un service avec tous ses attributs classiques d'organisation et de répartition des tâches, d'entretien d'une compétence collective.

Il est rare qu'un MISP soit positionné à la tête d'un service au sein d'une DDASS³³. Dans plusieurs DDASS, les MISP sont répartis entre les différents services de la direction, afin de faciliter les approches pluridisciplinaires. Ils sont encore plus rarement regroupés en une inspection de la santé, héritage déformé des anciennes IDS d'avant 1964³⁴.

Dans les DRASS, le MIR est chef de service. Il est responsable du service de l'Inspection Régionale de la Santé (IRS) qui regroupe l'ensemble des MISP et des personnels techniques (conseillère technique en soins infirmier³⁵, infirmière de santé publique, médecins contractuels) de la DRASS, sauf en Aquitaine où les MISP sont répartis dans les différents

³³ La question du médecin affecté sur emploi fonctionnel (directeur adjoint ou, le plus souvent, DDASS ou DRASS) n'est pas traitée ici ; dans ce cadre, le médecin devient partie prenante d'une hiérarchie dans laquelle ses compétences techniques ne sont plus directement mobilisées, sauf le cas anormal des petites structures laissées sans médecin.

³⁴ Directions de la santé dirigée et composée de MISP, rattachée directement au préfet et dont l'autonomie a pris fin à la création des DDASS par la réforme des décrets des 14 mars et 30 juillet 1964.

³⁵ Même si cela ne va pas de soi dans toutes les DRASS.

services. Il n'est qu'exceptionnellement responsable du « pôle santé » que la plupart des DRASS ont mis en place, sous forme parfois virtuelle.

La position du MIR au sein des DRASS est en train de devenir très fragile. Il est membre de la commission exécutive et participe en général³⁶ au bureau réunissant périodiquement autour du directeur de l'ARH le directeur de la DRASS, le directeur de la CRAM, le médecin conseil régional. Cependant, contrairement au médecin conseil régional, il n'a pas autorité sur l'ensemble des médecins de son administration qui concourent aux tâches relevant du champ de compétence de l'ARH. Ainsi, le médecin conseiller du directeur de l'ARH, travaillera-t-il le plus souvent directement avec les MISP des DDASS pour leur confier telle ou telle mission demandée par l'ARH, quand il devra passer par le médecin conseil régional pour obtenir l'engagement d'un médecin conseil. D'un autre côté, les acteurs hospitaliers s'adresseront plus volontiers au conseiller médical du directeur de l'ARH, pour l'informer d'un projet ou examiner avec lui un problème particulier, sachant qu'il est celui qui est le plus proche du décideur.

Dans le secteur des politiques de santé publiques, là aussi le MIR voit ses responsabilités s'amenuiser. Puisque la santé publique n'est pas l'apanage des médecins, dans plusieurs régions l'animation des politiques de santé est confiée, en tout ou en partie, à des inspecteurs principaux. Il est vrai que le MIR encore très mobilisé par la gestion des questions hospitalières, peut difficilement se consacrer entièrement à ces activités d'élaboration et de mise en œuvre du PRSP gourmandes en temps.

Quant aux activités portant sur la sécurité sanitaire, elles sont confiées de plus en plus à des professionnels spécialisés, regroupés ou non dans des cellules, ayant une certaine autonomie par rapport au MIR (les médecins de la CIRE, le médecin coordonnateur de l'hémovigilance, le médecin ESB, le médecin Biotox, le médecin rattaché à la cellule des risques exceptionnels).

Enfin, les trois domaines de gestion traditionnellement confiés au MIR lui échappent de plus en plus : l'internat est désormais souvent géré par un inspecteur principal, les carrières des praticiens hospitaliers seront suivies par les futurs centres régionaux de gestion en cours de mise en place, le PMSI, transformé par la T2A, est très investi par les médecins conseils au sein des ARH.

Au Rectorat, le médecin conseiller technique du Recteur n'a pas sous son autorité une équipe chargée de l'aider à animer la politique de santé de l'Académie. Le schéma du conseiller technique censé porter seul un champ d'activités perdure même s'il s'appuie sur des relais départementaux placés auprès de l'Inspecteur d'Académie.

Les MIRTMO sont en général toujours peu nombreux dans une région. De un à deux membres dans la plupart, parfois plus et jusqu'à huit en Ile-de-France. Pourtant, la question de leur coordination par un des leurs pour représenter le service auprès de la direction ne s'est pas encore posée, priorité ayant été donnée au renforcement des liens avec l'administration en les rattachant à un directeur adjoint chargé d'incarner la politique du travail, y compris dans sa dimension santé au travail.

³⁶ L'article 12 de la convention constitutive type annexée au décret du 29 novembre 1996 dispose : « Le président et les deux vice-présidents sont membres du bureau de la commission exécutive. La commission exécutive peut également y désigner un nombre égal de membres de chaque collège ». Dans la quasi totalité des régions, le choix a été fait de désigner le MIR et le médecin conseil régional.

Conseiller technique affecté auprès de tel ou tel service administratif d'une direction, ou chef de service auquel on confie des responsabilités de gestion ? Les organisations mises en place dans les différents services déconcentrés de l'Etat choisissent tantôt l'une, tantôt l'autre de ces formules. Ces situations variables traduisent une difficulté à fixer un positionnement évident du médecin de santé publique dans les organisations administratives.

Certains médecins ne connaissent pas ces interrogations. Les médecins conseils du régime général sont rassemblés dans un service dirigé par un médecin, sous l'autorité de la caisse nationale d'assurance maladie. Les médecins coordonnateurs des CIRE ont aussi un positionnement au sein des organisations très clair. Ils sont responsables d'une équipe. La délimitation précise de leur sujet rend plus aisée la définition de leur organisation et des responsabilités du médecin coordonnateur.

II. Une réponse en partie inadaptée aux besoins

2.1 Des médecins peu formés et mal employés

2.1.1 Une formation insuffisamment développée

Les MIRTMO ont tous acquis la spécialité de médecine du travail. Avec le « Plan Santé au Travail », il va leur falloir conduire des politiques de santé plus globales, sans avoir de formation sur les méthodes de planification et de programmation des actions de santé. Dans ce cadre, la DRT a demandé à l'ENSP-EHESP d'assurer une formation à Rennes de quelques semaines pour l'ensemble de l'effectif, sur trois ans. Cette démarche, à laquelle a été associée la promotion de médecins inspecteurs, va dans le sens du rapprochement des deux mondes, mais les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre ont regretté que les mises en situation soient tirées d'exemples trop souvent pris dans l'activité des MISP et non dans la leur. L'ignorance des champs d'activité réciproques reste vive. Il faudra en évaluer les effets et réfléchir à une extension des formations conjointes, en utilisant les deux lieux de formation (ENSP-INTEFP), non seulement pour leur implantation géographique mais surtout pour développer une compréhension commune des enjeux de chaque secteur.

Les MISP recrutés depuis 1991 n'ont pas suivi forcément une formation en santé publique. Ils ont pu être autorisés à présenter le concours d'entrée à l'ENSP parce qu'ils avaient une expérience dans l'exercice de la discipline. Cette expérience requise est parfois succincte. Le nombre de candidats au concours n'est pas très élevé, et on peut penser que cette situation influe sur le degré d'exigence dont fait preuve la commission chargée de reconnaître les expériences.

Dans ces conditions, la formation acquise à l'ENSP est importante. Elle doit pouvoir réunir à la fois des apports théoriques dont ont besoin les médecins recrutés, et des apports pratiques permettant à ces futurs professionnels de ne pas se retrouver en difficulté dans un poste où ils pourraient se retrouver seuls, ou bien en compagnie d'un petit nombre de collègues submergés de tâches et dans l'incapacité de leur accorder du temps pour les aider.

Cette formation, telle qu'elle est mise en oeuvre dans le cadre réglementaire imposé à l'ENSP, fait encore l'objet de critiques par les médecins. Les rares internes de santé publique ayant intégré lui reprochent de comporter des aspects théoriques redondants avec la formation antérieure qu'ils ont reçue. Les MISP regrettent souvent d'être insuffisamment préparés aux réalités de leur métier.

Sans doute ne faut-il pas faire d'une critique de l'ENSP une litanie obligée aussi peu objective que constructive. Cependant, il conviendrait de mettre davantage l'accent sur les contenus nécessaires à l'exercice de chacune des différentes fonctions attendues des médecins dans les services déconcentrés (voir infra et note sur les MISP). Ainsi, aujourd'hui, seul le module

« inspection » paraît correspondre aux besoins des services, si l'on en croit l'avis unanime des médecins récemment formés rencontrés par la mission. La mise en place de l'EHESP avec son double projet d'insertion dans le cursus dans diplômes européens et d'ouverture aux universités est de nature à répondre à une grande part de ces limites.

La formation continue des médecins est quant à elle peu investie. Nombreux sont les médecins qui n'en bénéficient pas, faute de temps, faute d'incitation, quand ce n'est pas faute d'envie réelle. Même la formation d'adaptation à l'emploi n'est pas toujours suivie dans son intégralité, sans que cela suscite de réactions. Par ailleurs, alors que les responsables des services considèrent que les compétences des médecins dans les disciplines cliniques sont insuffisantes, la formation continue des MISP néglige totalement cette dimension, contrairement à celle des médecins conseils.

2.1.2 Des missions éclatées, en réponse à des attentes contradictoires, et des tâches n'exigeant pas toujours une compétence médicale

Dans une DRASS, les médecins peuvent être affectés sur quelques thématiques précises. Ils sont en général assez nombreux pour qu'une répartition des tâches s'opère, de manière à les spécialiser dans certains domaines.

Dans une DDASS, la diversité des tâches accomplies par un médecin est grande, et cela d'autant plus que la DDASS est petite. Cette situation s'explique par trois raisons principales :

- les objectifs d'allègement-transfert des tâches n'ont jamais été vraiment atteints. La circulaire du 11 juin 1999³⁷ sur les missions des MISP est plus ou moins appliquée dans son intégralité par les services déconcentrés ;
- la révision des tâches confiées à un MISP n'a pas été complète³⁸. Certaines activités ne réclament pas une compétence médicale obligée. D'autres présentent un intérêt mineur ou résiduel³⁹.
- les responsables administratifs, la mission l'a constaté dans les régions et les départements où elle s'est déplacée, ont souvent recours à un médecin pour se sentir confortés sur toutes sortes de dossiers, même s'ils n'exigent pas à priori de compétences médicales indispensables.

Cette diversité des tâches va avec de fortes charges de travail, et elle entraîne une dispersion des implications peu propice à la spécialisation des médecins par ailleurs réclamée par les responsables des services pour répondre à leurs besoins d'interventions très techniques.

Par ailleurs, les médecins ne disposent pas toujours de collaborateurs (cadres B et C) afin d'être déchargés de tâches administratives et de secrétariat gourmandes en temps. Une partie de leur activité, notamment dans le domaine du contrôle pourrait être assurée par des infirmières de santé publique⁴⁰. Enfin, certaines redondances pourraient être évitées quand,

³⁷ Circulaire DGS/DAGPB/MSD 99/339 du 11 juin 1999 relative aux missions des médecins inspecteurs de santé publique. Un bilan devrait être tiré par la DAGPB.

³⁸ Ainsi, outre le sujet bien connu de la commission de réforme et du comité médical qui relève de la responsabilité de l'employeur, s'ajoutent des tâches comme l'inspection des centres de vacances par exemple.

³⁹ Voir annexe 3 jointe au rapport thématique sur les MISP concernant la liste des abandons ou transferts proposée par les services au titre de la « revue d'activités ».

⁴⁰ A cet égard, le recrutement en 2006 d'une trentaine d'infirmières de santé publique par la DAGPB va dans la bonne direction.

sur un même dossier hospitalier, interviennent un MISP de la DDASS, un médecin conseil, un MISP de la DRASS⁴¹.

2.2 Une organisation peu porteuse qui ne permet pas d'entretenir une compétence collective

2.2.1 Le travail collectif des médecins n'est pas favorisé

Les médecins sont souvent accusés d'être à la fois trop individualistes et trop corporatistes. Leur dispersion entre différents services d'une DDASS cherche probablement à lutter contre cet individualisme en les mêlant à d'autres professionnels, et à corriger ce corporatisme en évitant de les regrouper dans une même organisation. Il n'est pas sûr que cette stratégie n'ait pas des effets contraires aux objectifs qu'elle poursuit.

L'affirmation de sa spécificité par le médecin peut être d'autant plus forte, voire intraitable, que l'on se trouve dans une situation où toutes les identités tendent à être indifférenciées. Le travail solitaire peut devenir une habitude quand aucun partage et aucune confrontation d'expériences n'est possible avec ses pairs.

Quand les médecins d'une DDASS sont regroupés dans une inspection de la santé qui n'est pas un véritable service, il ne faut pas s'étonner du caractère virtuel d'un fonctionnement collectif qu'on aurait voulu tout de même préserver. Aucun médecin ne se voyant conférer une autorité réelle pour répartir les tâches, organiser les échanges de connaissances et de savoir-faire, suivre et apprécier la bonne exécution des missions, les intéressés eux-mêmes ne sont pas très enclins à désigner l'un des leurs pour jouer un tel rôle, refusant de sacrer une suprématie que personne n'a voulu établir. Ainsi, il n'est pas rare que dans des DDASS disposant de plusieurs MISP, aucun médecin n'occupe des fonctions de coordination utiles à l'organisation d'un travail collectif des médecins. La même situation se retrouve quand dans une DRTEFP il y a plusieurs MIRTMO.

Dans des DDASS ayant peu de médecins, les nouveaux recrutés sont souvent livrés à eux-mêmes, par la force des choses. Ils ont alors tendance à demander au plus vite une mutation soit dans un service aux missions mieux identifiées tel que la CIRE, soit en DRASS pour faire partie d'une équipe et avoir des attributions circonscrites à quelques thèmes précis.

Ainsi, il faut relever que le taux de vacance des postes de médecin en DDASS est plus élevé que dans les DRASS. Sur 449 postes aux EBA en 2005, en France métropolitaine, 134 médecins étaient affectés dans une DRASS (29,8 %). Le taux de vacance dans les DRASS est de 13,5 %. Le taux de vacance dans les DDASS est de 21,8 %. Dans les DOM-TOM, le taux de vacance est de 19,7 %.

Au rectorat, le Recteur est entouré de conseillers techniques qui, pour définir et conduire une politique de santé, ont besoin de travailler ensemble (médecins, infirmiers, assistantes sociales). Tous étant des conseillers techniques de même rang, aucun n'est chargé de la responsabilité d'organiser leur travail en équipe.

⁴¹ Dans le cadre des visites de conformité des équipements hospitaliers à l'autorisation accordée, le contrôle est le plus souvent effectué conjointement par un MISP et un médecin conseil.

Seuls les médecins conseils sont dans une organisation qui facilite le travail collectif des médecins.

Si le travail collectif des médecins n'est pas toujours favorisé dans les administrations de l'Etat ayant des responsabilités dans le champ de la santé, il ne l'est pas non plus entre médecins relevant de différentes administrations. Il est rare que le MIRTMO, le MIR, le médecin conseiller du Recteur, le médecin inspecteur de la jeunesse et sport, le médecin conseil régional, aient institué des rencontres périodiques pour régler leurs collaborations nécessaires autour de projets communs, pour échanger leurs connaissances et leurs savoir-faire. Même au niveau des ARH, des réunions de travail régulières entre le MIR et le médecin conseil régional sont exceptionnelles. Cette quasi absence de travail collectif entre médecins employés dans des services différents reflète bien sûr les cloisonnements existants entre leurs administrations, au détriment d'interventions complémentaires venant d'un ensemble de secteurs d'activités qui caractérisent une action en faveur de la santé de la population .

2.2.2 Une dialectique entre l'approche généraliste et la spécialisation insuffisamment travaillée

Dans les DDASS et les DRASS de taille importante, le nombre des médecins est suffisant pour organiser la spécialisation de chacun sur quelques thèmes. Cette spécialisation des médecins répond à un besoin d'intervention très technique des services de l'Etat. Cependant, la santé publique est une discipline qui s'accommode mal d'approches trop sectorisées. Elle a, par essence, une vision transversale des questions de santé.

Cette dimension généraliste de la santé publique n'est pas le résultat de l'addition de toutes les spécialités chez un même médecin. Si ce médecin se spécialise au sein d'une DDASS ou d'une DRASS, la dimension généraliste de son approche de santé publique ne s'exprimera que grâce au travail collectif organisé pour dépasser les clivages entre les thématiques confiées à plusieurs médecins différents. Ce n'est possible que lorsque les médecins sont pas regroupés dans un véritable service, ou quand le service a une taille suffisante pour spécialiser ses médecins.

Le collège des MISP est la structure qui peut se donner pour objectif de travailler à conjuguer approche généraliste et spécialisation à l'échelle d'une région. Dans presque toutes les régions, il se réunit régulièrement sous la présidence du MIR⁴². Cependant, l'assiduité de tous les MISP affectés dans une région aux réunions du collège ne paraît pas exemplaire partout. Peu de collèges invitent régulièrement à leurs réunions le MIRTMO, ou le médecin conseil régional, ou le médecin conseiller technique du Recteur. Par ailleurs, les sujets à débattre au sein du collège des MISP, entre médecins des DDASS et des DRASS, ont tendance à se réduire aux seules questions d'intérêt commun.

⁴² La conférence nationale des MIR a fait à ce sujet une enquête en 2005.

2.2.3 Une relation entre médecins et décideurs souvent distendue

2.2.3.1 La participation des médecins aux décisions et le pilotage des conditions d'exercice de leurs missions peuvent être déficientes dans certaines DDASS

Quand, dans une DDASS, le travail collectif des médecins n'est pas organisé, et qu'aucun médecin coordonnateur n'a été désigné, la participation des MISP au comité de direction se fait, en général, à tour de rôle. Ce mode de fonctionnement interdit une vraie participation d'un médecin aux prises de décision de la DDASS, sauf si le comité de direction n'est qu'un lieu d'information et non un outil de pilotage du service. En effet, le médecin présent n'est pas en position de suivre l'ensemble des dossiers traités par différents MISP répartis entre plusieurs services. Il ne peut donc pas se faire l'interprète d'un de ses collègues ni prendre une position qui les engage.

A contrario, dans une organisation de ce type, le directeur ne dispose pas d'un responsable médical unique avec lequel il puisse examiner le bon déroulement des différentes fonctions confiées à des médecins et décider des orientations de leurs activités. Il devra traiter avec chaque médecin individuellement, ou renoncer à s'intéresser aux conditions d'exercice de leurs missions.

2.2.3.2 Le collège des MISP a un fonctionnement parfois opaque et sans lien avec le CTRI

Le collège des MISP est un lieu d'échanges d'informations, de partage des méthodes, utiles pour élever le degré de compétence général des MISP, travailler le rapport entre approche généraliste et spécialisation, favoriser une homogénéisation des pratiques sur l'ensemble du territoire régional.

Les directeurs des DDASS, de la DRASS, de l'ARH, ne peuvent pas se désintéresser de la mise en œuvre de ces objectifs par le collège des MISP. S'il n'est pas acceptable qu'une direction administrative pèse sur le contenu d'une expertise médicale, en revanche, il peut, il doit, y avoir discussion sur les conditions d'exercice de cette expertise, surtout quand on affirme avec tant de conviction le besoin en médecins, et qu'on juge aussi stratégique leur emploi pour l'avenir du service. Ainsi, en toute logique, le CTRI devrait passer des commandes au collège des MISP sur des sujets méritant un traitement collectif, ou répercuter les sollicitations du directeur de l'ARH. C'est rarement le cas. Ce défaut de pilotage a pour conséquence un fonctionnement du collège des MISP peu articulé avec les instances décisionnelles. Les collègues se réunissent sur des ordres du jour dont le CTRI n'a pas toujours et partout connaissance, et les comptes-rendus ne sont pas toujours et partout diffusés aux directeurs et aux cadres administratifs des services.

2.2.3.3 Place des MIRTMO au sein des DRTEFP

Longtemps cantonnés aux marges de la structure, les MIRTMO sont aujourd'hui mieux intégrés comme parties prenantes d'un service de politique du travail désormais étendu aux questions de santé au travail. Le faible nombre de médecins inspecteurs dans la plupart des DRTEFP ne permet pas de raisonner en termes de service, sauf dans les plus grandes régions pour lesquelles l'absence de coordonnateur régulier et officiel produit les mêmes

inconvénients qu'en DDASS. Cette question de représentation devrait prendre de l'ampleur avec le développement des cellules pluridisciplinaires, destinées à renforcer l'expertise des inspecteurs du travail et placées auprès des DRTEFP ; le parti finalement adopté d'un recrutement libre entre les compétences d'ingénieur et de médecin d'une part, de confusion entre ces missions et celles des MIRTMO d'autre part va conduire à un gonflement des équipes qu'il faudra représenter même si l'encadrement reste assuré par un directeur adjoint du travail.

2.2.3.4 *Place du médecin conseiller du Recteur*

Le conseiller technique se trouve dans une situation difficile pour prendre en charge l'animation de la politique de santé en faveur des élèves et, dans le même temps, répondre aux très nombreuses sollicitations de participations à des structures ou instances dans lesquelles se débattent les questions de santé publique. Ecartelé dans ses activités, il est également dépourvu d'autorité et de moyens directs d'intervention, que ce soit pour l'organisation de son travail dans une administration hiérarchisée ou pour assurer le pilotage d'un service de promotion de la santé regroupant les médecins de santé scolaire (MEN), les infirmières et les assistantes sociales.

Quelques uns répondent à ces injonctions paradoxales en prenant la liberté de se définir un champ de compétences innovant qu'ils font avaliser par le Recteur puis parfois généraliser au niveau national⁴³. Le critère déterminant de leur positionnement et de l'impact de leur action dépend ici de la qualité de la relation existant entre chaque Médecin Conseiller Technique Régional et le Recteur.

2.3 **Un positionnement aléatoire des médecins sur les enjeux stratégiques des institutions auxquelles ils appartiennent**

L'implication des médecins de santé publique dans un secteur d'activité est plus ou moins accentuée selon les régions. Ici, ce sont les MISP qui sont très présents sur la planification hospitalière. Là, ce sont plutôt les médecins conseils. Selon les régions, les MISP s'investissent plus ou moins dans l'élaboration des programmes régionaux de santé, des PRSP⁴⁴, des PRIAC, ou dans la fonction d'inspection, ou dans la fonction d'observation. Les MIRTMO, dans certaines régions sont très associés à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé publique régionale. Dans d'autres régions ce n'est pas du tout le cas.

⁴³ A Grenoble, le MCTR a mis sur pied dans les années 80 un module d'apprentissage à la gestion des risques professionnels ; testé en atelier des lycées professionnels, il a été intégré dans les programmes CAP-BEP avec l'appui des CRAM et de l'INRS et étendu par accord national EN/Santé/INRS en 1989 après quatre ans d'expérimentation.

⁴⁴ Dans l'enquête réalisée par la conférence nationale des MIR, dans certaines régions le MIR pilote l'élaboration du PRSP, dans d'autres il est associé à un inspecteur principal pour exercer un co-pilotage. Il arrive que ce soit un MISP qui soit associé au pilotage du projet, il arrive aussi qu'aucun MISP ne soit associé au PRSP, ou qu'un MISP n'intervienne que sur quelques thématiques en lien avec le SROS. Pour le PRIAC, dans plusieurs régions les MISP ne sont pratiquement pas impliqués.

Face à des commandes nombreuses, toutes prioritaires, les MISP choisissent souvent de privilégier leurs préférences, s'investissent dans les sujets où ils se sentent les plus compétents. Ils sont aidés en cela par le contexte local : le positionnement de la direction à laquelle ils appartiennent, le mode de gestion plus ou moins participatif mis en place par l'ARH, la stratégie du service médical régional. L'implication plus ou moins grande des médecins de santé publique dans tel ou tel secteur d'activité reflète la variabilité des calculs stratégiques des administrations sur la pertinence desquels il convient de s'interroger.

Généralement les MISP ne se sont pas impliqués dans la T2A alors qu'ils effectuaient les contrôles externes du PMSI. Les nouveaux contrôles seront surtout réalisés par les médecins conseils. Le MIR ne préside pas toujours, voire ne participe pas à la commission régionale de l'information médicale. Or, demain, la planification hospitalière reposera essentiellement sur l'analyse des stratégies des établissements de santé, avec le souci de veiller à un accès aux soins équitable pour la population des différents territoires au sein d'une région. Cette analyse des stratégies se fera à partir de l'étude des données issues de la T2A. Les MISP seront en difficulté pour se livrer à ces études s'ils n'ont pas la connaissance de toutes les subtilités de ce système d'information que la pratique du contrôle apporte et auquel l'assurance maladie a plus facilement accès par sa qualité de payeur. Les services de l'Etat risquent alors de ne plus être assez compétents pour conduire les travaux préparatoires à l'élaboration des politiques hospitalières.

Si les MISP ne s'investissent pas dans la réalisation des SROS, les politiques hospitalières risquent d'être le fruit d'une juxtaposition des analyses et des solutions défendues par les représentants des différentes spécialités cliniques. Il sera alors bien difficile de concevoir des organisations pluridisciplinaires et de prioriser les dispositions préconisées afin de répondre au mieux aux besoins de soins de la population, le plus équitablement possible, dans le cadre d'enveloppes fermées.

2.4 Un cadre d'emploi peu attractif

2.4.1 Des statuts verticalisés et des pratiques parfois protectionnistes qui laissent une place insuffisante aux parcours de carrière construits

L'exercice clinique de la médecine entraîne pour le médecin deux types de position : soit il appartient à une profession libérale, soit il est salarié d'un organisme. Parmi les salariés, la plupart relèvent de la fonction publique hospitalière. Les autres sont recrutés au titre de la convention collective existant dans le secteur privé à but non lucratif. Le passage de ces médecins d'une position à une autre est assez facile. Il est même possible pour un même médecin de les occuper toutes les deux ensemble, d'être en partie sur un mode d'exercice libéral et aussi salarié d'un établissement.

Rien de tel pour les médecins de santé publique. Chaque administration qui les emploie leur offre un statut différent et exclusif. Les MISP ont un statut de fonctionnaire d'Etat, les MIRTMO sont des contractuels, les médecins conseils sont employés dans un cadre désormais conventionnel, les médecins conseillers techniques du Recteur ont un statut particulier. Par ailleurs, le passage d'une administration à une autre est difficile, parfois

impossible. Un MISIP ne peut pas devenir MIRTMO, et l'inverse n'est pas envisageable, sauf à passer un concours. La situation est la même entre un médecin conseil et un MISIP.

Les MIRTMO, les médecins de santé scolaire, les médecins de PMI ont un mode d'exercice qui conjugue plus ou moins des approches cliniques (l'examen d'un cas individuel) et des démarches collectives (le développement d'actions de prévention à l'échelle d'un groupe). Cependant, les approches cliniques de ces professionnels sont incomplètes. Ils ne sont pas autorisés à prescrire des traitements aux personnes qu'ils examinent. Les médecins conseils aux aussi doivent abandonner toute fonction thérapeutique. Quant aux MISIP, ils ont la possibilité, dont très peu se saisissent, d'exercer une demi-journée par semaine une activité clinique pleine et entière.

Lignes de séparation entre médecine d'exercice clinique et médecine de santé publique, lignes de séparation à l'intérieur d'un exercice clinique, lignes de séparation nombreuses entre différents statuts dans lesquels peuvent se retrouver les médecins de santé publique, une géographie compliquée de territoires exclusifs les uns des autres, aux frontières difficiles à franchir et parfois imperméables, est dessinée pour des raisons qui tiennent toujours à la logique des institutions, et davantage à la culture des vanités et des intérêts qu'à la défense des compétences.

Un médecin de santé publique doit cumuler les expériences pour mieux comprendre et faire comprendre toutes les dimensions d'un problème de santé, et ainsi pour savoir proposer des solutions globales capables d'agir sur les différents facteurs responsables d'une situation sanitaire. Le métier de médecin de santé publique est donc un métier où il faut construire une carrière, au sens où il s'agit de s'engager dans un parcours permettant d'occuper diverses fonctions, dans divers services, de manière à acquérir une expérience large et variée. Les limites opposées à cette nécessité d'un parcours professionnel, en rendant un médecin de santé publique captif de sa fonction au sein d'un service donné, enlèvent une bonne partie de l'intérêt de ce métier, pour le médecin lui-même et pour ceux qui l'emploient.

2.4.2 Des statuts plus ou moins avantageux sur le plan des rémunérations, des possibilités de carrière, comparativement aux autres professions médicales

La médecine d'exercice clinique est mieux rémunérée que la médecine de santé publique. Les différences de rémunération ne sont pas toujours proportionnelles à l'importance des responsabilités prises ou aux contraintes opposées, contrairement à certaines idées reçues.

Dans le département du VAR, en 2005, des médecins libéraux, désapprouvant les décisions prises par le préfet et la DDASS pour organiser la permanence des soins, se sont rendus en délégation au domicile personnel du MISIP pour lui faire savoir leur mécontentement, un soir entre 22 heures et 23 heures⁴⁵. Par les propos tenus, comme par leur manifestation, ils entendaient signifier à leur confrère, fonctionnaire de l'Etat, qu'il était loin de connaître les sujétions professionnelles qu'eux-mêmes se voyaient imposer.

Un MISIP bénéficie du régime des 35 heures de travail hebdomadaire sans possibilité de relever du calcul journalier forfaitaire (art 10), même pour le médecin inspecteur régional. Dans la réalité, de l'aveu des directeurs rencontrés par la mission, nombreux sont ceux qui ne comptent pas leurs horaires de travail. Il est par exemple impossible à un MIR de faire face à

⁴⁵ Au delà de l'anecdote, cette intervention a conduit le DDASS à porter plainte.

toutes ses obligations en travaillant 35 heures par semaine. Il en est de même pour un médecin conseiller technique du Recteur, pour un médecin conseil régional.

Dans les DDASS et les DRASS, les MISP sont intégrés à l'organisation d'une astreinte à domicile sur l'année. Dans certaines DDASS, le MISP participe aussi à une astreinte administrative, et, quand il n'en fait pas partie, il n'est pas rare que le cadre administratif mobilisé par la préfecture demande au médecin de l'aider. En cas de situations sanitaires critiques qui sont loin d'être exceptionnelles (cas de méningites, TIAC, cas de légionellose, grands froids, épisodes de canicule, arrivée de migrants en nombre...), les médecins de santé publique de la CIRE, de la DDASS, de la DRASS, sont mobilisés sans limites. Un médecin conseiller technique du Recteur est tout autant requis lors d'un épisode infectieux survenant dans une école. Les responsabilités prises par ces médecins dans de telles circonstances sont bien sûr importantes pour la santé d'un grand nombre de personnes.

Un médecin de santé publique n'est pas dans une relation personnelle avec des individus malades ou risquant de l'être. Pour autant, les conséquences de ses actes se multiplient vite et concernent des êtres qui ne sont pas anonymes. Il n'est pas le seul impliqué dans la définition d'une politique de santé, dans la conception et le fonctionnement d'un dispositif de surveillance sanitaire, dans la recherche des causes d'une épidémie, dans le contrôle de la sécurité des équipements sanitaires, dans l'organisation du dépistage des maladies cancéreuses ou infectieuses, dans la vérification des risques d'exposition à des produits toxiques en milieu du travail. Sa responsabilité est souvent partagée avec d'autres professionnels, et le lien entre son action et le dommage subi par un individu ou un groupe d'individus n'est pas aussi direct que celui qui existe, pour prendre un exemple extrême, entre un chirurgien et son opéré. Cependant, ses analyses et ses avis techniques jouent un rôle prépondérant dans le processus de décision ayant su préserver ou menacer bien des vies.

La dilution des responsabilités entre plusieurs, les liens indirects entre l'action et les conséquences, la distance par rapport au drame des personnes, changent la nature de la responsabilité entre un médecin de santé publique et un médecin clinicien. Cela ne veut pas dire que la charge vécue personnellement est plus lourde pour l'un que pour l'autre. S'il fallait cependant mesurer l'importance des engagements à l'égard de l'autre, sans doute faudrait-il, contrairement à nos représentations sociales classiques, donner la primauté à l'action conduite par un médecin de santé publique, du fait de ses répercussions sur toute une population. Prendre conscience de cela serait certainement utile pour donner à la médecine exercée à une échelle collective toute la considération qu'elle mérite.

Nous en sommes en effet loin, si on l'évalue à l'importance des rémunérations accordées aux médecins de santé publique. Cette situation peut décourager la vocation de bien des professionnels qui obtiendront de meilleurs avantages en s'orientant vers un exercice clinique.

De tous les médecins salariés de l'Etat, les médecins de prévention sont les plus mal rémunérés. Un autre catégorie également peu favorisée est celle des médecins conseillers techniques, en débouché d'une autre carrière : c'est le cas des MCTR, qui, en emploi fonctionnel, issus du corps des médecins de l'éducation nationale 1^{ère} classe après huit ans d'ancienneté, évoluent de l'IB 801 à HEB (avec une indemnité de sujétion liée à la taille de la structure). Les MISP se trouvent dans une situation intermédiaire avec une carrière en trois grades partiellement contingentés débutant relativement bas (30 782 €), mais débouchant en HEC (plus prime) soit 72 255 €

Hors de l'administration de l'Etat, mais travaillant avec elle, tous les médecins salariés sont mieux lotis, des praticiens hospitaliers (carrière linéaire évoluant entre 52 059 € et 90 001 €) aux praticiens conseils (43 915 € à 77 085 € sous l'empire du décret statutaire actuel mais bientôt de 54 041 € à 100 206 € avec la nouvelle convention collective) hors responsabilité d'encadrement. Au-delà de la dominante professionnelle qui peut s'attacher aux choix, les écarts déjà significatifs sont en train de s'accroître aux dépens des fonctionnaires de l'Etat.

2.4.3 Des difficultés de recrutement déjà présentes et qui devraient s'accroître

2.4.3.1 Des difficultés de recrutement dans tous les secteurs

➤ Le recrutement des MISP

En 1996, pour 20 postes offerts au concours de recrutement à l'ENSP, il y a eu 60 candidats. En 2004, il y a eu moins de candidats que de postes offerts (42 candidats pour 45 postes)⁴⁶. Dans le même temps, 19 % des postes figurant aux effectifs budgétaires attribués (EBA) en 2005 étaient vacants⁴⁷. Même si cette notion des EBA a été rendue obsolète par la mise en œuvre de la LOLF, ces chiffres sont intéressants quand on les compare au nombre des candidats intéressés par des fonctions de médecins de santé publique dans les services de l'Etat.

Toujours en 2005, mis à part PACA, toutes les régions ont des postes de médecins de santé publiques vacants en DDASS ou en DRASS. Ce taux de vacance est cependant très variable d'une région à l'autre. Le Centre, la Champagne-Ardenne, la Basse-Normandie, la Picardie, la Corse, avaient un taux de vacance en médecins, en 2005, supérieur à 38 %. Ce taux de vacance était inférieur à 10 % en Aquitaine, Auvergne, Bretagne, Franche-Comté, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes. Cependant ces situations peuvent fluctuer très vite, surtout dans les petites régions ayant peu de médecins. Leur bonne ou leur mauvaise position peuvent dépendre de l'arrivée ou du départ de un ou deux médecins.

➤ Le recrutement des médecins conseils

Contrairement à une idée communément admise parmi les médecins salariés, la branche médicale de l'assurance maladie souffre elle aussi d'un déficit de recrutement. Au 1^{er} juillet 2006, le nombre de postes vacants atteignait 161/2198⁴⁸ avec de fortes variations selon les régions : hors départements d'outre mer, de 1,5 % dans le sud ouest à 11 % en région Centre, Lorraine ou Ile-de-France.

La branche a travaillé sur une série de mesures pour inverser la tendance : campagne de communication pour faire connaître le métier, signature d'une convention collective revalorisant les conditions d'emploi, de mobilité et de carrière, mais également une clarification des missions des praticiens conseils en expérimentant une spécialisation plus nette des praticiens conseils selon les grandes fonctions (avis individuel sur prestation,

⁴⁶ Chiffres transmis par la DAGPB.

⁴⁷ Au premier janvier 2005, il y avait 90,95 postes de médecin de santé publique vacants pour 470 postes aux EBA.

⁴⁸ Effectif budgétaire

relation avec les professionnels de santé, organisation des soins, contrôle contentieux et accessoirement sur le plan des effectifs dédiés prévention-promotion de la santé)⁴⁹.

➤ Le recrutement des médecins conseillers techniques du Recteur

Le MCTR est choisi librement par le Recteur sans autre condition qu'administrative et statutaire, malgré l'importance des responsabilités dans le développement de la santé publique au sein d'un service public essentiel. Les emplois sont purement fonctionnels et révocables. Ils bénéficient d'une formation d'adaptation à l'emploi très légère, sur crédits du ministère et centrée sur l'organisation administrative. Le contenu de santé publique est pratiquement inexistant si bien que beaucoup admettent être moins bien formés sur ce point que les jeunes promotions de médecins de l'Education Nationale à la formation desquels ils participent à Rennes. Le MCTR reste soumis à la grille des médecins de l'Education Nationale avec une indemnité de sujétions qui est loin de compenser les charges supplémentaires de travail. Même si tous les postes sont aujourd'hui occupés en rectorat, 14/100 sont vacants en Inspection académique. Les effectifs ont rajeuni récemment en raison des premiers départs significatifs en retraite.

➤ Le recrutement des MIRTMO

Le recrutement des MIRTMO se fait dans le seul vivier existant, à savoir la médecine du travail. Sur sollicitation de collègues de la région, les médecins intéressés présentent leur candidature devant une commission nationale ad hoc chargée d'établir une liste d'aptitude aux fonctions : présidée par le directeur des relations du travail, celle-ci comprend un représentant de la DAGEMO, un DRTEFP et un MIRTMO (le plus ancien). Le chef de service de l'inspection médicale du travail assurant les fonctions de rapporteur devant la commission, joue un rôle clef dans la décision d'inscription. A ce titre, il filtre les candidatures en vérifiant les titres (diplôme de médecin du travail), travaux (souvent non publiés), lors d'un entretien de motivation.

Formellement, ce sont les DRTEFP qui prennent la décision d'embauche, en piochant dans la liste établie ; le seul choix qui leur reste est donc celui de ne pas embaucher.

2.4.3.2 Les effets à venir de la démographie médicale vont accroître les difficultés de recrutement déjà existantes

➤ Le nombre des médecins en France est en voie de diminution

Le nombre des médecins en activité en France va diminuer à partir de 2006. Il devrait passer, selon un scénario central⁵⁰ fait par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) présidé par le professeur BERLAND, de 205 200 en 2002 à 186 000 en 2025, soit une baisse de 9 %. La population continuant d'augmenter, le nombre de médecins pour 100 000 habitants devrait passer de 335 à 283, soit une baisse de 15 %.

⁴⁹ Voir le rapport thématique consacré aux médecins conseils.

⁵⁰ Ce scénario central est construit à partir de l'hypothèse de comportements inchangés des professionnels en terme d'installation, de choix des spécialités, et avec un numerus clausus à 7 000 à partir de 2006.

Les spécialistes devraient diminuer davantage que les généralistes. Ainsi, quand le nombre des médecins, toutes catégories confondues diminueront de 9 %, les généralistes connaîtront une baisse de 3 % d'ici 2025.

Les spécialistes en santé publique et en médecine du travail devraient diminuer de 15 % entre 2002 et 2025. Cela devrait avoir six grandes conséquences pour les médecins de santé publique :

- les difficultés de recrutement des médecins du travail devraient aller en augmentant ;
- les internes titulaires d'un DES en santé publique, qui déjà ne s'orientent que rarement vers les services de l'Etat, devraient ne plus du tout se diriger vers un emploi dans une DDASS ou une DRASS ;
- dans les hôpitaux, les médecins responsables d'un Département d'Information Médicale (DIM) qui partiront à la retraite seront très difficilement remplacés ; les hospitaliers rencontrés par la mission ont fait état que ces difficultés commençaient à être rencontrées par certains établissements alors que la ressource d'interne existe ;
- les MISP étant de plus en plus recrutés parmi les médecins généralistes ayant une expérience en santé publique, on peut considérer qu'au minimum la baisse moyenne s'appliquera à leur profession. Il y a actuellement 379 médecins de santé publique, en équivalent temps plein, dans les DDASS et les DRASS. Si leur nombre baisse de 3 %, ils passeront à 368 d'ici 2025. Toujours selon ce calcul optimiste, car il suppose que la baisse affectera les recrutements à la hauteur de sa moyenne générale, le nombre des postes vacants seraient alors de 102 environ, représentant donc près de 22 % des EBA de 2005 ;
- les postes de médecins contractuels actuellement existant dans les DDASS et les DRASS vont être de plus en plus difficiles à pourvoir. Les charges de travail correspondantes risquent de se reporter sur les médecins de santé publique ;
- les médecins conseils connaîtront eux aussi une augmentation de leurs difficultés de recrutement, du fait d'une plus grande facilité d'accès à des emplois de cliniciens spécialistes ou généralistes. - Ils s'y sont préparés en agissant sur tous les leviers de l'attractivité : conditions de recrutement, condition de travail, définition des missions.

➤ Dans un contexte de diminution démographique, le choix d'exercice des médecins va s'accroître

La médecine clinique exerce plus d'attrait sur les médecins. Elle est plus reconnue dans nos représentations sociales, et elle est mieux rémunérée. On peut redouter que, dans un contexte de diminution démographique aussi important que celui qui s'annonce, les médecins, ayant plus de possibilités de carrière offertes dans le secteur clinique, seront moins nombreux que par le passé à choisir de s'engager dans un exercice de la santé publique. La baisse des candidats aux métiers de MISP ou de médecin conseil, survenue avant même que la diminution démographique attendue ne se soit réalisée, est une inquiétante prémonition. Les difficultés pour pourvoir les postes en médecine du travail ou scolaire en sont une autre illustration. Les recrutements de médecins de santé publique risquent de devenir de plus en plus difficiles dans les années prochaines alors que de nombreux départs à la retraite vont se produire.

La progression du nombre des femmes parmi les médecins est souvent mise en avant⁵¹. Or, les comportements à l'égard du travail évoluent chez les hommes comme chez les femmes.

⁵¹ En 2002, 37 % des médecins étaient des femmes. A raison de 2/3 des effectifs reçus au PCEM1, elles représenteront bientôt 52 % des médecins en 2025.

Aussi, contrairement à ce qui est parfois avancé, la féminisation des professions médicales ne devraient pas avoir d'effet notable sur la diminution de l'offre liée aux évolutions démographiques.

III. Une stratégie d'emploi des médecins indispensable et urgente pour l'Etat

3.1 Des fondamentaux à considérer avant toute réforme

3.1.1 Impossible de se passer de médecins de santé publique

Face à de telles incertitudes numériques, démographiques, de positionnement, de gestion de ce corps, renoncer à avoir recours à des collaborations médicales au sein des services pourrait apparaître comme un projet alternatif à la situation actuelle et non comme une solution de pis aller. Il est vrai que l'absence de MISP dans une DDASS n'a jamais produit directement de catastrophe, n'a pas non plus perturbé gravement le fonctionnement du service public de santé, ni conduit à la fermeture de la structure⁵². Ce type d'affirmation occulte toutefois les effets masqués de la non réponse administrative.

3.1.1.1 Sans médecins de santé publique, l'Etat serait en difficulté pour lutter contre les dangers qui menacent la santé de la population.

Quelques départements connaissent des absences de MISP, ou une présence symbolique (20 DDASS avec un médecin). En 2005, trois DDASS et un DOM-TOM ont fonctionné sans médecin : la Haute-Saône, l'Orne, l'Aisne, Saint-Pierre et Miquelon.

Il est impossible de tirer la moindre conclusion de ces quelques exemples. Mis à part le cas particulier de Saint-Pierre et Miquelon, quand il n'y a pas de médecin dans une DDASS, c'est un médecin de la DRASS ou d'une autre DDASS qui intervient dans le département concerné. Il n'y a donc jamais absence totale de MISP.

Bien sûr, les indicateurs sanitaires de certains de ces départements et des régions où ils se trouvent ne sont pas bons, alors qu'ils sont excellents dans les départements du sud de la France où les postes de MISP sont rarement vacants très longtemps. Il serait cependant abusif de prétendre tenir là une démonstration irréfutable de l'influence – dans les deux cas – des médecins de santé publique sur la santé de la population.

Les grandes crises sanitaires récentes ont montré à quel point le défaut d'une stratégie de surveillance sanitaire et de prévention peut entraîner de terribles désastres.

1. Selon les chiffres publiés par le centre européen pour la surveillance épidémiologique du SIDA en 1995, le nombre de cas de SIDA post-transfusionnels en France, rapporté à 100 000 habitants a été « 7,8 fois plus élevé »

⁵² Il y a quelques années, un DAGPB tenait une position inverse..

qu'en Allemagne, 5 fois plus élevé qu'en Italie, 16,5 fois plus élevé qu'au Royaume Uni, 3,25 fois plus élevé que le taux moyen de la communauté – France incluse – et 6 fois plus élevé que le taux moyen de nos 11 partenaires⁵³ », alors que « le taux de SIDA chez les hémophiles français – 7,76 % – est très proche du taux moyen enregistré dans la communauté européenne : 7,2 % ».

L'affaire du sang contaminé a fait largement connaître les causes de la contamination des hémophiles. Si on s'intéresse aux circonstances ayant favorisé l'importance de la contamination post-transfusionnelle, en dehors de la question des hémophiles, on s'aperçoit que tout le dispositif transfusionnel, de la sélection des donneurs⁵⁴ aux conditions de la prescription⁵⁵ était en défaut. Les médecins chargés de la collecte du sang, les médecins prescripteurs de transfusion, étaient des spécialistes cliniciens compétents. Ils n'ont pas su adopter une approche « santé publique » de la question de la transfusion. S'ils avaient su l'adopter, sans doute aurions nous pu éviter bien des contaminations comme l'ont fait d'autres pays européens. Car, en examinant les conséquences d'actes individuels à une échelle collective, l'ampleur des phénomènes morbides se mesure mieux. La recherche de solutions préventives s'en trouve alors facilitée.

2. L'été 2003, l'épisode caniculaire qu'a connu la France a entraîné plusieurs milliers de morts. La plus part de ces victimes étaient âgées, de santé fragile. Si elles n'avaient pas succombé aux conséquences d'aussi fortes chaleurs, sans doute n'auraient-elles vécu que quelques mois de plus pour certaines d'entre elles. Face à la situation, les médecins cliniciens n'ont pas toujours compris ce qui se passait, au point que, pendant plusieurs jours, nombreux étaient ceux qui pensaient se trouver devant une crise des services d'urgence débordés par un afflux de malades. Dans certains cas, le diagnostic d'hyperthermie n'a pas été fait et des patients présentant une température élevée ont pu être traités pour une infection qu'ils n'avaient pas. Faute de disposer d'un dispositif d'observation qui aurait permis à des médecins de santé publique d'avoir le recul permettant de comprendre l'événement, les réactions adaptées au problème ont été tardives. Faute d'avoir envisagé la possibilité de survenue d'un tel risque, aucune disposition préventive, qui sont les seules à être efficaces à condition d'être prises suffisamment tôt, n'avait été mise en place.

Ces deux exemples (les contaminations par le VIH et la canicule de 2003) montrent les dangers courus par la population quand les stratégies de santé publique se révèlent défaillantes à tous les niveaux territoriaux. Ce sont des exemples extrêmes qu'il faut examiner pour bien comprendre les avantages d'une approche de la santé à une échelle collective, et les faiblesses auxquelles nous sommes exposés malgré un dispositif de soins très performant. Des phénomènes morbides d'une grande ampleur rendent visibles de tels avantages. Mais, ces avantages existent quel que soit le problème de santé. En les cultivant plus pour lutter contre les maladies cancéreuses, les maladies cardio-vasculaires, les troubles psychiatriques, et pas seulement pour lutter contre les épisodes infectieux massifs ou les situations climatiques extraordinaires, on peut parvenir à améliorer sensiblement la santé de la population et donc à éviter des morts prématurées, des souffrances et des infirmités loin d'être inéluctables.

La France a structuré son dispositif de surveillance et de sécurité sanitaire, en spécialisant les médecins de santé publique dans certains secteurs d'intervention jugés prioritaires, et s'est doté d'outils permettant de définir des politiques de santé cohérentes à partir d'analyses des besoins faites à une échelle collective (SROS, PRS, PRSP, Plan Régional Santé au Travail). Ce développement nécessaire des approches de santé publique passe par la présence de médecins de santé publique, bien formés et en nombre suffisant, dans les services qui, au niveau local, sont chargés de l'administration de la santé.

⁵³ Aquilino MORELLE in « *La défaite de la santé publique* ». Forum. Flammarion. 1996.

⁵⁴ Selon le rapport d'enquête sur les collectes de sang en milieu pénitentiaire établi par l'IGAS et l'IGSJ en automne 1992, environ 25 % des contaminations liées à la transfusion sont dues à du sang prélevé chez des détenus.

⁵⁵ « *Ce n'est que très récemment – après la tempête soulevée par l'affaire du sang contaminé – que les habitudes de prescription se sont progressivement modifiées. Ainsi, le nombre d'unités de produits sanguins labiles transfusées chaque année en France a baissé d'environ 19 % entre 1986 et 1991. Il convient de souligner que ce « mouvement de désinflation généralisée », selon l'expression du comité de sécurité transfusionnelle, n'a provoqué aucun accident particulier.* » Aquilino MORELLE déjà cité.

Les responsables de ces services le savent quand ils mesurent à quel point les médecins de santé publique sont nécessaires pour analyser les besoins de la population, déterminer les stratégies préventives souhaitables, conseiller les organisations de soins assurant un usage optimum des ressources financières et humaines existantes, travailler à la mise en place des plans sur la sécurité sanitaire, intervenir pour trouver la cause d'une épidémie, en traiter les conséquences et la contrôler. C'est pourquoi, au-delà des calculs stratégiques plus ou moins pertinents élaborés par différentes administrations, instrumentalisant la question des médecins, au-delà des représentations ambivalentes de médecins à la fois courtisés et décriés, il y a pour l'Etat un enjeu important à organiser au mieux la fonction médicale au sein des différents services qui, au niveau local, sont chargés d'améliorer la protection de la population dans le domaine de la santé. Dit autrement, si l'analyse de l'alerte a progressé, la gestion des crises localement reste à améliorer.

3.1.1.2 Plus la nécessité des choix s'impose, plus la fonction de médiation assurée par les médecins est indispensable

Si les moyens ne nous étaient pas comptés, la seule limite aux réponses apportées aux besoins de soins et de santé de la population serait d'ordre technique. Le rôle du médecin se réduirait alors à expliquer à la population, à ceux qui n'ont pas de connaissances médicales, l'état des savoirs et des pratiques pour rendre compte des dispositions prises en faveur de la santé. Nous ne sommes pas du tout dans cette situation. Les ressources humaines et financières sont limitées et cela oblige à des choix. Les choix sur de tels sujets sont difficiles, souvent douloureux. Il faut pouvoir les faire en toute connaissance de cause, et là le médecin de santé publique est utile pour traduire auprès des autorités administratives les attentes des professionnels de santé, des usagers, tout en leur expliquant les contraintes multiples qui guident la prise de décision.

Une fois la décision prise, les médecins peuvent en expliquer les fondements médicaux et les limites d'interventions posées par les contraintes. Sans le rôle de passeur assuré par les médecins des services de l'Etat, la gestion des questions de santé risquerait de se faire à frottements encore plus durs.

Le médecin de santé publique est également sollicité en relatif, pour évaluer les mérites comparés de telle ou telle solution. C'est la notion d'arbitrage comparé entre avantages et inconvénients des différents scénarii qui trouve sa place dans tous les processus de planification. Seul un médecin intégré dans une structure administrative, informé des dossiers de divers promoteurs, connaissant les points forts et faibles des établissements comme des équipes est à même de conseiller utilement le décideur pour l'autorisation d'activité ou les équipes pour évaluer le réalisme de leurs ambitions.

Cette fonction vise à faire prévaloir l'intérêt général, face aux demandes, projets et pressions, souvent tous aussi légitimes à un niveau micro économique, mais en se situant sur une analyse territoriale et thématique d'un niveau plus élevé et de moyen terme, autant que faire se peut, et en co-analyse avec les autres compétences métier – IASS, PHISP, IGS, conseillers techniques – existants au sein du service.

3.1.2 La position des médecins de santé publique au sein des services doit être solidement établie

Sans contester la nécessité de médecins de santé publique dans les services on peut aussi se demander si l'apport de ces médecins ne pourrait pas prendre la forme de prestations de services requises, autant que de besoin, auprès de professionnels non rattachés obligatoirement aux administrations de l'Etat.

3.1.2.1 La nécessité de collaborations médicales permanentes

On pourrait envisager des interventions médicales organisées de façon ponctuelle, plutôt que de recruter des collaborateurs permanents, aux compétences forcément circonscrites, difficiles à gérer, insatisfaits de leur niveau de rémunération. Cette formule permettrait, pour un temps limité, en fonction des besoins des services, de recourir à une prestation médicale spécialisée dans une discipline clinique.

Le domaine médical clinicien nous a habitué à découper la santé entre différentes disciplines centrées sur un organe. La santé publique n'est pas une construction synthétique établie à partir des avis techniques rendus par un ensemble de spécialistes d'organe. En abordant les questions de santé à une échelle collective, elle se nourrit des connaissances des spécialistes d'organe, mais elle dépasse leurs cloisonnements et fait appel dans ses analyses aux apports d'autres disciplines qui ne sont pas médicales.

Le concours de médecins spécialistes cliniciens est précieux. Aucun SROS ne pourrait se concevoir sans leur participation aux travaux servant à définir les besoins, à déterminer les problèmes de prise en charge de ces besoins, à fixer les solutions à adopter pour résoudre ces problèmes. La même observation est à faire pour l'élaboration d'un PRS ou d'un PRSP, d'un Plan Régional Santé au Travail. Mais dès lors que des spécialistes, en général praticiens hospitaliers, deviennent des collaborateurs permanents, aujourd'hui des ARH, demain des GRSP, ils doivent aussi intervenir sur bien d'autres sujets dont ils ne seront plus des spécialistes, et sans forcément maîtriser les approches et les méthodes de la santé publique. Les services ont effectivement besoin de médecins de santé publique recrutés sur des fonctions permanentes afin de :

- construire les approches de santé publique, mobilisant divers partenaires ou effecteurs, permettant à l'Etat de faire face à ses responsabilités à l'égard de la population ;
- organiser les expertises nécessaires conduisant à faire intervenir un ou plusieurs cliniciens spécialistes d'une ou de plusieurs disciplines.

3.1.2.2 Des médecins appartenant à l'Etat

Souvent la santé apparaît comme un domaine où la ressource est rare. Sous un autre angle, c'est un domaine où des moyens importants sont répartis entre différents opérateurs. Il en résulte des rivalités, des conflits d'intérêts entre lesquels il convient d'arbitrer.

Ces arbitrages doivent pouvoir s'appuyer sur des analyses médicales sachant être impartiales, adoptant un point de vue de neutralité. La position de salarié de l'Etat du médecin de santé publique est utile pour garantir cette impartialité. Cette neutralité est attendue et reconnue par

tous les interlocuteurs, y compris les acteurs hospitaliers, comme la mission a pu le constater, au point de faire de cette qualité un élément de la définition du MISP.

La santé est aussi utilisée, ou malmenée, dans le jeu de toutes sortes d'intérêts relevant du domaine social, économique, politique. Le médecin de santé publique doit pouvoir, parce qu'il est agent de l'Etat, apporter son analyse de la situation en toute indépendance par rapport aux parties en présence, afin que les arguments échangés par les uns et par les autres se construisent à partir de bases techniques exactes.

Tous ceci rend nécessaire le maintien d'un volume de recrutement significatif pour les MISP, et des créations de postes pour les MIRTMO.

3.1.3 Le profil professionnel du médecin de santé publique doit être mieux défini

Aucun des caractères propres à la médecine de santé publique n'est spécifique à cette discipline. Les médecins de santé publique n'ont pas inventé les approches d'un phénomène touchant une population. D'autres disciplines scientifiques cherchent aussi à rendre compte de situations humaines en les considérant à l'échelle d'une population. Les méthodes d'intervention elles aussi n'ont pas de caractéristiques propres à la santé publique. Une démarche de planification et de programmation obéit aux mêmes règles méthodologiques, qu'elle s'applique à un problème de santé, ou aux inégalités entre les hommes et les femmes, ou à une vie sociale dégradée dans un quartier, ou à trop d'échecs scolaires dans une école. La dialectique à construire entre intérêts collectifs et intérêts individuels ne se retrouve pas dans les seules questions de santé. Les connaissances propres à la santé viennent des autres disciplines médicales et des sciences du vivant. Les méthodes statistiques utilisées en épidémiologie sont empruntées aux mathématiques.

Cette situation rend difficile la définition d'une identité professionnelle du médecin de santé publique, pourtant nécessaire. Sans cette définition permettant de caractériser ce qu'il apporte d'unique, on ne voit pas très bien l'utilité de son emploi. Si la santé publique n'est qu'une discipline « parasite » construite à partir d'un grand nombre d'emprunts, autant recourir aux différents spécialistes des questions précises rencontrées exigeant un haut niveau d'expertise.

Ce qui fait l'identité d'un médecin de santé publique, capable d'expliquer son apport unique, n'est pas la possession d'un caractère particulier utile à la connaissance ou à l'action dans le domaine de la santé, mais c'est la réunion d'un ensemble de caractères lui permettant :

- d'occuper une position d'où il peut rendre compte de toutes les facettes de l'objet « santé »,
- d'appliquer à bon escient les méthodes d'intervention utilisées dans des approches à l'échelle d'une population,
- de jouer un rôle de médiation entre les différents spécialistes cliniciens et les décideurs administratifs, mais aussi entre ces décideurs et la population,
- de percevoir les équilibres nécessaires entre intérêts collectifs et intérêts individuels.

Parce qu'il n'est pas réduit à la connaissance étroite d'une discipline médicale particulière, il saura analyser les situations sanitaires en combinant les expertises multiples nécessaires, qu'il conduira lui-même quand il aura su ou pu se spécialiser, ou dont il organisera la réalisation.

Parce qu'il maîtrise les méthodes de planification et de programmation, il saura approcher les questions d'organisation d'une offre de soins ou de prévention de façon rationnelle.

Parce que médecin, il connaît l'objet auquel s'appliquent les méthodes de planification et de programmation, il prend en compte les progrès obtenus dans les sciences du vivant. La mise en œuvre de ces méthodes est bien sûr facilitée par la connaissance de l'objet auquel elles s'appliquent.

Les mêmes observations peuvent être faites au sujet de l'épidémiologie. La maîtrise des méthodes statistiques et la connaissance de l'objet pour lequel on les utilise, rendent plus facile et plus performante l'action du médecin de santé publique dans ce domaine.

Parce que médecin, il dispose d'une crédibilité aux yeux de la population utile pour entendre l'expression des besoins et expliquer les problèmes de santé existants et les décisions prises.

Parce que médecin, il est un interlocuteur des professionnels de santé plus apte à comprendre leurs attentes et à leur faire comprendre la façon selon laquelle les questions de santé se posent quand elles sont appréhendées à une échelle collective.

Parce que médecin, il a une expérience dans sa vie professionnelle de la relation duelle avec un malade, et il est porteur d'une déontologie où l'intérêt de la personne est primordial.

Sur la base de cet ensemble de caractères réunis, le médecin de santé publique est en capacité de rendre compte de la complexité de questions de santé généralement représentées à partir d'un point de vue partiel, et de proposer des solutions pour dépasser les contradictions qui souvent paralysent les stratégies d'organisation de l'offre de soins et de prévention. Cette carte d'identité, dont la spécificité est la combinaison de caractères non spécifiques, peut aller avec des spécialisations. Ces spécialisations n'ont de sens et d'intérêt que si elles restent fortement nourries par ce socle à partir duquel elles sont développées.

3.1.4 Les conditions d'emploi des médecins de santé publique doivent être adaptées aux particularités de leur parcours professionnel

3.1.4.1 Réévaluer la question de la mobilité géographique

S'engager pour un médecin dans la santé publique est le plus souvent une seconde carrière. Cela est aussi vrai pour les médecins conseils à l'exception de ceux qui sont désormais recrutés dès la fin de leurs études. Mais, les MIRTMO ne peuvent occuper leurs fonctions qu'après avoir eu une expérience professionnelle plus ou moins longue comme médecin du travail. Les MISP doivent pouvoir faire état d'une expérience acquise dans une carrière précédente. Dans ces conditions, ces médecins postulent sur des postes de médecin de santé publique à un âge où les contraintes familiales sont les plus grandes. Exiger d'eux alors de faire preuve de mobilité pour bénéficier de promotions⁵⁶ n'est pas de nature à les encourager à s'engager dans un métier de santé publique. Le nombre de refus d'intégrer l'ENSP reste à un niveau élevé, malgré les facilités offertes par l'administration pour décaler l'entrée effective, pour des motifs professionnels ou familiaux.

Il est pourtant souhaitable de pouvoir recruter des médecins de santé publique qui ont acquis des compétences en santé publique enrichies par la diversité des expériences professionnelles antérieures.

⁵⁶ Par exemple, pour bénéficier du grade de médecin général, les MISP doivent avoir fait preuve de mobilité, quels que soient leurs mérites dans les fonctions qu'ils occupent.

Au-delà, ce qui est attendu d'un médecin en terme de crédibilité professionnelle, est sa capacité à dialoguer avec des confrères, hospitaliers ou libéraux identifiés. Ces liens se nouent au cours des études, en faculté et à l'hôpital. Il peut être utile pour l'action publique de prendre appui sur le réseau de connaissances personnelles que les médecins ont pu tisser sur un territoire, lorsqu'ils sont employés dans une fonction de conseiller technique.

A l'inverse, renoncer à toute incitation à la mobilité géographique peut conduire certains à manquer du recul, de l'impartialité et du désir de changement nécessaires à toute action publique.

Du côté de l'assurance maladie, les caisses nationales, soucieuses de limiter les effets stérilisants d'une absence de mobilité de ses cadres, ont progressivement mis en place des encouragements puissants, essentiellement financiers, pour faciliter les changements d'affectation⁵⁷

Si l'Etat n'est pas en capacité d'appliquer des dispositions comparables, la question de l'obligation de mobilité se trouvera reposée, en premier lieu pour des fonctions de conseillers techniques très concurrencés.

En toutes hypothèses, toute modification des principes de mobilité actuels, devrait, au moins pour ce qui concerne les médecins, respecter les trois règles suivantes :

- les déclarations de liens personnels⁵⁸ pouvant donner lieu à conflit d'intérêt devront être définies, contrôlées et sanctionnées;
- les missions de contrôle inspection ne devraient pas être exercées sur des sites dans lesquels les praticiens sont connus des médecins de santé publique ;
- tout accès à une responsabilité (chef de service, poste fonctionnel) devra s'accompagner d'une mobilité géographique.

Avec ce type de règles, l'administration se donnerait les moyens de privilégier des mobilités fonctionnelles, plus aptes à constituer des rapprochements entre médecins issus d'organismes différents et à organiser une fonction d'inspection supra territoriale et professionnalisée.

3.1.4.2 La formation doit être modularisée et contractualisée

Pour devenir médecin, les études sont longues. L'entrée dans une carrière de médecin de santé publique exige une formation initiale, mais il faut certainement la concevoir la plus courte possible. D'ailleurs, la formation à l'ENSP telle qu'elle est conçue aujourd'hui décourage souvent les internes de santé publique d'opter pour un métier de MISP, en raison d'une durée de formation qu'ils jugent excessive tant vis à vis de leur durée d'études préalables que pour la mobilité semestrielle à laquelle elle les contraint.

Ce n'est pas un hasard si les taux de satisfaction recueillis chez les médecins sont traditionnellement les plus bas parmi les formations organisées par l'ENSP. Loin d'être une question de contenu, c'est probablement la conception de la formation initiale qui serait à

⁵⁷ Voir le rapport thématique sur les médecins conseils.

⁵⁸ Toutes les personnes qui collaborent, même occasionnellement, aux travaux des ARH, doivent déclarer qu'ils n'ont « pas de lien ou intérêts directs ou indirects » avec les établissements de santé du ressort des agences (Art L 710-17-4 du code de la santé publique).

réévaluer. Celle-ci semble fonctionner plus comme une acculturation au profit des principes et des méthodes de la santé publique, construisant en quelques mois « l'homme nouveau » de la santé publique, que comme une plate-forme d'acquisition de techniques et d'outils pour faire face aux responsabilités très pratiques qui attendent les futurs MISP en fonction.

Si la santé publique est une construction de savoirs, il est vain d'envisager de la bâtir, fût-ce en six mois. Chaque réseau est à la recherche de cursus modulaire, plus court et plus personnalisé.

A l'heure où les médecins territoriaux ont organisé un système de formation modulaire avec le CNAM⁵⁹, où l'Education nationale vient de diminuer le nombre de ses médecins astreints à suivre l'intégralité de la formation à Rennes, où la CNAMTS et l'EN3S travaillent à une reconfiguration de la formation pour les praticiens conseils, l'ENSP-EHESP ne peut rester à l'écart de ces mouvements.

Au lieu de penser la formation médicale à l'ENSP-EHESP comme la construction d'un corps de fonctionnaires, ne faudrait-il pas plutôt penser la formation, et donc le recrutement, comme la sélection de profils de médecins déjà impliqués dans des formes d'exercice de santé publique et désireux de travailler pour des collectivités publiques en acquerrant progressivement des compétences, sur la base d'un parcours de formation individualisé et contractualisé ?

Dans cette optique, formation initiale et formation continue formeraient un continuum, piloté par l'Ecole et la hiérarchie du MISP (MIR pour le tutorat et directeur pour les co-signatures), avec un quantum de temps dédié pour le respect des engagements de formation. Le lien apparaît alors avec les nouvelles responsabilités confiées au MIR, au-delà de ce qu'il assure déjà pour les stagiaires affectés au niveau régional. Le même raisonnement peut être tenu pour les médecins contractuels ou détachés.

Sans pouvoir aller plus avant dans le cadre de ce rapport, la mission souhaite que la période intermédiaire que vit l'ENSP avant sa transformation effective en EHSP soit l'occasion d'une réflexion sur la vocation de la formation.

En revanche, il faudrait structurer mieux la formation continue, inciter les médecins à la suivre, l'ouvrir sur des sujets permettant de maintenir les connaissances médicales générales, la décentraliser dans les régions chaque fois que possible, la concevoir en associant des médecins de santé publique travaillant dans des administrations différentes.

3.1.5 *Rappeler les trois principes du métier de médecin de santé publique : indépendance des avis, travail pluridisciplinaire, et intégration dans le processus de décision*

3.1.5.1 Le médecin de santé publique est responsable de ses avis

En tant que professionnel, technicien et scientifique, le médecin dispose d'une capacité d'expertise que l'administration requiert quand elle le sollicite pour avis. S'il renonçait à cette responsabilité, le médecin remettrait en cause l'indépendance technique qu'il a le droit de

⁵⁹ Conservatoire national des arts et métiers.

défendre et le devoir de garantir et, au bout du compte, la justification de sa présence dans la structure.

Parallèlement, parce que l'administration est au dessus des intérêts catégoriels, parce qu'elle défend des positions soucieuses de l'intérêt général et résultant d'analyses rationnelles des problèmes de santé existants et des solutions à mettre en œuvre pour les résoudre, elle perdrait toute crédibilité à ne pas assurer l'indépendance des avis techniques rendus par les médecins de santé publique chargés d'éclairer ses décisions.

3.1.5.2 Le médecin de santé publique élabore ses analyses et ses avis en les confrontant aux points de vue d'autres professionnels

Ce principe est fidèle aux fondements mêmes de la santé publique. Pour l'appliquer, il convient de favoriser et d'encourager, dans le fonctionnement des services, les travaux en équipes. Le fonctionnement en binôme de travail avec les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales est une chance pour la qualité des productions de ce ministère et l'enrichissement des expertises réalisées par les médecins. Par ailleurs, les médecins de santé publique doivent pouvoir s'entourer de tous les avis et expertises apportées par des professionnels exerçant en dehors de l'administration. Ils doivent pour cela engager des travaux collectifs.

3.1.5.3 Le médecin de santé publique est intégré dans le processus de décision

Dans bien des DRASS, le MIR ne participe qu'exceptionnellement au CTRI. Dans bien des DDASS, la participation à tour de rôle d'un MISP au CODIR ne permet pas une vraie intégration du médecin dans le processus de décision. Or, il convient de veiller à ce que le médecin de santé publique soit associé aux étapes principales de la décision.

Ces trois principes du métier de santé publique devraient faire l'objet d'une instruction donnée par l'administration centrale à ses services, de manière à en rappeler l'importance, à développer leur signification, et à recommander des règles d'organisation et de fonctionnement qui en facilitent la bonne application.

3.1.6 L'avenir des médecins de santé publique n'est pas séparable de celui des autres catégories professionnelles et des services eux-mêmes.

3.1.6.1 Le travail pluridisciplinaire exige de reconnaître la place de chaque professionnel

Mieux définir l'identité professionnelle des médecins de santé publique, clarifier les fonctions qui leur sont confiées, est tout autant nécessaire que de faire la même chose avec les autres catégories professionnelles généralement regroupées au sein des services chargés de l'administration de la santé.

Les DDASS et les DRASS, les DRTEFP, le Rectorat, ont une culture du travail pluridisciplinaire. Cette culture n'est jamais acquise définitivement. Elle se reconstruit en

permanence. Elle n'est pas toujours simple à faire vivre. La perdre ou la laisser en jachère affaiblirait considérablement les capacités de l'Etat à faire face à ses responsabilités dans le domaine de la santé. Pour cela, il s'agit de reconnaître les spécificités de chacun, tout en accordant une égale attention à tous.

Une administration employant plusieurs catégories professionnelles différentes entraîne une gestion complexe. Il faut l'admettre ou renoncer à savoir relever correctement les défis auxquels nous confrontent les questions de santé. Ainsi, si on réforme la position et le statut d'une catégorie professionnelle, en l'occurrence les médecins de santé publique, il faut aussi se pencher sur les réformes souhaitables de toutes les autres.

3.1.6.2 L'organisation des professionnels entre eux a un impact important sur le développement du travail pluridisciplinaire

Les médecins conseils sont regroupés dans une structure individualisée. Les MISP sont intégrés dans les DDASS et les DRASS, parfois ils sont répartis entre les services de la structure à laquelle ils appartiennent. Les MIRTMO font partie des DRTEFP, mais leur intégration dans l'organigramme est récente.

Eloignés d'une structure administrative, les médecins ne peuvent pas s'impliquer complètement dans les processus de décision qui exigent souvent d'être dans une relation quotidienne avec les équipes des services.

Répartis dans les services, ne confrontant plus leur expérience avec celle de leurs pairs, les médecins de santé publique perdent leur compétence que, dans leur discipline, seul le travail collectif permet d'entretenir et de développer.

Il faut donc trouver un équilibre entre le regroupement en service des médecins – avec de vrais objectifs de travail collectif – et l'implication dans des équipes pluridisciplinaires, avec un véritable réglage du travail en équipe. Le développement du fonctionnement en équipes projets, avec lesquelles les administrations se sont familiarisées, est certainement la bonne voie pour trouver cet équilibre, à partir d'une base qui respecte l'identité médicale.

Il faut certainement apprendre à combiner entre elles ces différentes formes d'organisation⁶⁰, en permanence. L'essentiel est de donner à chaque fois un contenu précis en terme d'objectifs⁶¹ aux diverses solutions d'associations entre médecins ou entre professionnels relevant de disciplines différentes et d'évaluer périodiquement les résultats du travail accompli.

⁶⁰ *Le service*, regroupant les médecins pour travailler leur compétence collective ; *l'équipe projet* constituée sur un sujet particulier et précis, ayant une durée de vie limitée aux nécessités de la question à traiter ; *les pôles*, notamment les pôles santé en DDASS et DRASS. Ces pôles sont des associations entre services permettant de construire des programmes de travail complémentaires dans la durée entre des services différents⁶⁰ ; *les cellules*, constituées au sein d'un service, regroupant des professionnels spécialisés afin de consacrer des efforts soutenus et efficaces dans un domaine particulier.

⁶¹ C'est loin d'être le cas pour la plus part des pôles « santé » dans les DRASS qui rassemblent souvent les pharmaciens, les ingénieurs, les médecins, dans un ensemble plus virtuel que réel.

3.1.6.3 *Une organisation crédible, stable et simple des services chargés de l'administration de la santé est attendue de tous les professionnels relevant ou non de l'Etat*

➤ Des atouts pour l'Etat à ne pas perdre

Les professionnels des services chargés de l'administration de la santé, toutes catégories confondues, sont conscients de l'importance de leurs tâches et sont très attachés à la bonne marche de leur administration. Leur action est ingrate, car les résultats auxquels ils parviennent ne sont pas aussi visibles et immédiats que ceux obtenus dans le cadre d'une activité clinique. Un taux de suicide qui n'augmente pas, des liens plus complémentaires entre des offreurs de soins implantés sur un même territoire, des procédures administratives se déroulant sans accroc, sont moins remarquables qu'une vie sauvée ou une souffrance épargnée. Pourtant, même si leurs efforts et leurs réussites passent souvent inaperçus, les services au niveau local font preuve d'une motivation forte dans l'accomplissement de leurs missions. Ils ont développé une réelle culture de santé publique. Ils ont, ces vingt dernières années, su se montrer créatifs et s'adapter à des évolutions importantes de leur organisation et de leurs responsabilités.

Globalement, le niveau de compétence de tous les professionnels dans les services est de grande qualité, pharmaciens, inspecteurs, ingénieurs, médecins, cadres B et C. C'est heureux, car les questions à traiter sont devenues de plus en plus complexes et les exigences sur la qualité de travail de l'administration se sont accrues. Faire cohabiter ensemble et travailler ensemble des professionnels aux qualifications aussi différentes n'est pas facile, reste compliqué. Mais les services savent organiser le travail pluridisciplinaire, sont de plus en plus habitués aux fonctionnements en équipe projet. La plupart des outils servant à élaborer des stratégies de santé ont été conçus ces vingt dernières années à partir d'initiatives locales : le SROS, les PRS, le PRSP.

Le fort investissement des administrations locales dans la bonne réalisation de leurs missions entraîne chez les personnels de grandes attentes de réforme quand les organisations et les fonctionnements actuels leur paraissent compliquer leurs tâches, voire les priver d'efficacité. Négliger ces attentes et laisser perdurer des situations jugées insatisfaisantes par tous pourrait conduire à une démobilisation générale et à des désaffections vers d'autres orientations professionnelles.

➤ Des services découragés par le défaut de cohésion et de cohérence du dispositif administratif local actuel

Les missions ne cessent d'évoluer sans lien avec les moyens mobilisables pour les mettre en œuvre. Les tâches dont il serait possible de se décharger sont promises à une révision le plus souvent différée. La cohabitation entre des services déconcentrés et des agences est difficile⁶², faite de rivalités, de suspicions⁶³. La perspective de voir les agences nationales se

⁶² De nombreux cadres des DDASS et des DRASS, médecins et inspecteurs, rencontrés par la mission, expriment ouvertement leur découragement. Ils se sentent peu associés aux décisions, laissés souvent sans information. Beaucoup se disent, qu'après tout, autant mettre fin au régime de la mise à disposition en vigueur et passer sous l'autorité directe du directeur de l'ARH. Peut-être ainsi, estiment-ils, ils pourront plus facilement prendre une part active dans la gestion de leurs dossiers.

Cette proposition, soutenue par plusieurs directeurs d'ARH, mais que la mission ne prend pas à son compte, avait été présentée dans un rapport de l'IGAS sur « l'évolution territoriale de l'Etat dans le domaine sanitaire et social rendu par Marie-Ange du Mesnil du Buisson et Emanuèle Jeandet-Mengual en octobre 2003.

doter de services déconcentrés fait redouter un émiettement des responsabilités relevant de l'Etat au niveau local, avec le risque qu'elles s'exercent en toute indépendance quand la complémentarité des actions est si nécessaire dans le domaine de la santé et du social. La crainte de se voir réduits, de réforme en réforme, à un périmètre d'attributions rendant peu raisonnable le maintien de leur administration est omniprésente dans les services.

Ce malaise au sein des services est, pour partie, injustifié. Des lois récentes ont apporté des repères utiles pour situer la place de chacun. La loi du 9 août 2004 a affirmé les responsabilités de l'Etat dans le domaine de la santé, et a confié, avec quelque ambiguïté, à la DRASS la mission de développer les stratégies de prévention avec le GRSP. La loi du 13 août 2004 a établi un certain équilibre entre les responsabilités de l'assureur public et celles de l'Etat. Les lois de décentralisation ont opéré un partage plus clair entre les compétences des collectivités locales et celles des services de l'Etat.

Toutes les incertitudes que les services peuvent avoir sur leur avenir n'ont pas été cependant dissipées, et la complexité des organisations et des fonctionnements ne s'est pas trouvée fondamentalement corrigée. Mais, des progrès ont été faits en apportant plus de certitudes sur le devenir à moyen terme des services et plus de clarté sur les missions des uns et des autres.

Le niveau des déficits de la protection sociale fait peser bien des menaces sur la pérennité de notre système de santé. Dans un tel contexte, les cadres des administrations au niveau local attendent cette réforme, parce qu'elle leur paraît inéluctable, et parce qu'ils ne se satisfont pas des fonctionnements actuels. Au mieux, une certaine atonie pourrait bien finir par s'installer chez des professionnels, contraints de s'accommoder d'un statu quo insatisfaisant à leurs yeux, et soulevés par aucune véritable dynamique.

3.2 Promouvoir sans délai des administrations plus solidaires et mieux adaptées aux nouveaux enjeux de la santé publique

3.2.1 Une organisation de la fonction médicale plus collégiale et plus responsable, centrée sur l'exercice de la santé publique

3.2.1.1 Structurer les équipes de santé au travail autour du MIRTMO au sein du pôle travail de la DRTEFP

La maîtrise d'ouvrage du plan santé au travail relève du CTRI (les DDTEFP et la DRTEFP). Sa maîtrise d'œuvre devrait relever du service santé au travail de la DRTEFP.

La cellule pluridisciplinaire destinée à intervenir en soutien de l'inspection du travail est à rattacher à ce service santé au travail.

Une fois la montée en charge des équipes pluridisciplinaires assurée, le service santé au travail devrait gagner en autonomie par rapport au directeur adjoint santé, aujourd'hui

⁶³ Les directeurs d'ARH se demandent en permanence si tous les efforts sont faits par les services concourant à la bonne exécution de leurs missions, pour dégager les moyens en médecins, en inspecteurs, dont ils ont besoin et qui leur sont promis par la convention constitutive du GIP.

responsable de toute l'animation d'équipe. Dans les plus grosses structures, un coordonnateur de l'équipe devrait être désigné, d'abord pour servir d'interlocuteur référent vis à vis de la direction, puis pour donner à un médecin une responsabilité de gestion d'équipe, le directeur adjoint étant plus largement responsable de la politique du travail, mais sans gestion directe de l'équipe médico-technique. La délégation est un gage de meilleure intégration au sein de la structure administrative de la DRTEFP.

3.2.1.2 *Constituer une Inspection Régionale et Interdépartementale de la Santé (IRIS) entre les DDASS et les DRASS*

La mission reprend à son compte les propositions déjà formulées précédemment⁶⁴ par l'IGAS et estime fondée l'analyse de la conférence des MIR⁶⁵ sur le sujet.

- Il faut tirer les conséquences des dernières réformes

Les politiques de l'Etat dans le champ de la santé sont définies au niveau régional. Les moyens budgétaires déterminés pour mener à bien ces politiques sont notifiés au niveau régional, chargé de leur répartition. Il n'est pas raisonnable que l'organisation des services ne se conçoive pas au même niveau territorial qui définit les politiques et répartit les moyens.

- Petit vade-mecum utile pour la réforme de l'organisation des services entre les DDASS et les DRASS

Il n'est plus temps de laisser les chefs de service expérimenter des formules de regroupement, pudiquement dénommées « mutualisation », au risque de laisser s'exprimer les seuls opposants à ce type de réorganisation. La mission est convaincue que des principes doivent être actés dans des textes à portée obligatoire, pour s'appliquer à tous et en tous lieux⁶⁶.

- L'organisation des services doit être pensée pour l'ensemble de la région, et tenir compte des responsabilités nouvelles confiées à la DRASS. Tous les signaux administratifs récents⁶⁷ vont dans le sens d'un renforcement des pouvoirs du DRASS sur les DDASS. Cela n'exclut pas que les DDASS soient chargés de responsabilités dans la conduite des tâches à réaliser dans leur département. La stratégie doit s'arrêter au niveau régional. La conduite des travaux conformes à cette stratégie et adaptée aux situations locales, aux imprévus, doit se déterminer au niveau départemental. L'évaluation des politiques menées relève du niveau régional. L'exercice concerté de ses responsabilités doit être la règle.
 - Concevoir l'organisation des services au niveau régional n'oblige pas à regrouper tous les moyens à la DRASS et à faire disparaître les DDASS. La disparition des DDASS est un scénario catastrophe souvent destiné à servir d'épouvantail et à interdire toute approche rationnelle de ces questions.
- L'Etat a besoin de disposer de services suffisamment étoffés au niveau départemental pour faire face à ses responsabilités dans le domaine de la santé. Cependant, lorsque des tâches peuvent se faire au niveau régional, et s'il apparaît plus efficient de regrouper les moyens, il faut le faire. Dans d'autres cas, des personnels peuvent travailler au sein d'une même unité sans être tous physiquement rassemblés à la région. Dans tous les cas, il faut

⁶⁴ Rapport n° 2003 139 de Marie-Ange du Mesnil du Buisson et Emmanuèle Jeandet-Mengual précité.

⁶⁵ Note du 31 mars 2006 intitulée : « Vers une mutualisation des fonctions médicales dans les services déconcentrés ».

⁶⁶ Ceci n'exclut ni une montée en charge progressive ni l'affichage des conditions d'organisations innovantes en vigueur pour qu'elles soient considérées comme s'imposant au chef de service postulant dans le poste considéré.

⁶⁷ Création du GRSP, mise en place des BOP, réforme de l'organisation de l'Etat (décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 pour les rôles respectifs des préfets de région et de département, création du pôle régional « santé publique et cohésion sociale par le décret n° 2004-1053 du 5 octobre 2004, précisé par la circulaire du 19 octobre 2004 pour les services membres.

veiller à ce que la DDASS continue de constituer un ensemble cohérent par la diversité et le nombre des professionnels qu'elle réunit. Enfin, au-delà de la possibilité objective de transférer des tâches, il ne faut pas négliger l'importance des aspects relationnels avec les partenaires entretenus par des contacts réguliers.

Toutes les formes de mutualisation peuvent se concevoir, avec ou non regroupement physique des personnels d'un service, en partie ou en totalité. Aucune ne doit être privilégiée a priori. De nombreux moyens de communication, y compris la vidéo conférence, permettent d'envisager des solutions très variées.

- Le plus simple est sans doute de commencer par généraliser la définition d'une organisation commune entre la DRASS et la DDASS chef lieu de région, souvent déjà installées dans un même bâtiment. La même approche doit être travaillée, selon des modalités appropriées, entre DDASS à faible effectif, géographiquement proches.
- Les organisations entre DDASS et DRASS mise en place peuvent être différentes d'une région à une autre. Le Limousin n'est pas l'Ile-de-France qui n'est pas l'Alsace. L'organisation des services est à adapter aux réalités géographiques, humaines, sociales, de chaque région.
- L'évolution des organisations est à concevoir avec méthode, progressivement, en tenant compte des situations individuelles de chaque agent.
- Au sein d'une organisation régionale des services, les compétences d'un agent peuvent être utilisées où qu'il soit affecté, sur l'ensemble du territoire régional.

L'organisation régionale est à concevoir de manière à entraîner plus de capacités d'intervention offertes à chaque DDASS et à la DRASS.

➤ Les médecins des DDASS et de la DRASS doivent faire partie d'une IRIS placée sous l'autorité hiérarchique du MIR, constituée au sein de la DRASS

- Les objectifs poursuivis :

- faciliter les spécialisations thématiques entre les médecins d'une région ;

Dans certaines régions, le nombre des MISP dans une DDASS peut être insuffisant pour opérer une spécialisation thématique. Une autre DDASS de la même région pourra ne pas être dans le même cas. La spécialisation thématique définie au sein d'une IRIS permettra de disposer, de médecins de DDASS spécialisés pour les besoins de leur département, et/ou de médecins spécialisés à la région pour tous les départements, et/ou de médecins spécialisés dans une DDASS pour les besoins de leur département et d'un département voisin.

- partager les connaissances, les méthodes et les pratiques en vue de favoriser des politiques globales en faveur de la santé ;

Un médecin à lui seul, surtout s'il se spécialise, ne peut apporter une approche globale des questions de santé sur lesquelles il intervient. C'est l'organisation des médecins de santé publique entre eux qui, grâce au partage des connaissances, des méthodes et des pratiques qu'elle structure, sera porteuse de cette approche globale des questions de santé.

- utiliser les ressources de façon optimale ;

La mutualisation des moyens médicaux au sein d'une IRIS évitera les doublons, facilitera les renforts occasionnels d'une DDASS en difficulté par défaut de recrutement sur ses postes de médecins, ou du fait d'une situation complexe à gérer.

- prendre du recul face aux situations ;

Ce type d'organisation garantit une réponse permanente, plus homogène, plus circonstanciée mais aussi plus distanciée face aux contingences ou à la pression locale.

- Le responsable de l'IRIS est le MIR :
 - le MIR, chef de service de l'IRIS, a la mission de fixer les objectifs du service, de répartir les tâches entre les personnels, de veiller à la bonne réalisation des actions engagées. Il a un pouvoir de notateur de premier degré sur les membres de l'IRIS ;
 - les objectifs de l'IRIS, son programme de travail, le résultat de ses actions, font l'objet d'une discussion, à fin de validation, au sein du CTRI ;
 - tous les nouveaux MISP sont affectés au niveau de la DRASS, même s'ils exercent en DDASS ;
 - la fiche de poste de chaque MISP membre de l'IRIS est discutée et validée au sein du CTRI ;
 - la notation du MIR est faite par le DRASS, après avis des DDASS.

- Les modalités d'organisation au sein de l'IRIS :
 - les médecins sont répartis entre trois grandes fonctions : l'observation, la veille, l'intervention en cas d'épisode épidémique, la sécurité sanitaire ; l'inspection ; la planification et la programmation dans le domaine des soins, de la prévention, et du médico-social ;
 - des spécialisations thématiques sont souhaitables dans la fonction planification, programmation ;
 - tout médecin de santé publique peut être appelé à collaborer à la fonction d'inspection, surtout si, étant spécialisé sur une thématique, ses connaissances paraissent utiles.

- Les relations entre l'IRIS et le niveau départemental :
 - le préfet de département a autorité pour mobiliser l'IRIS afin de faire face aux besoins en compétences médicales des services de l'Etat au niveau départemental ; les conditions et les modalités de cette mobilisation font l'objet d'un document d'organisation approuvé en CAR ;
 - le positionnement d'un médecin de santé publique à temps plein dans une DDASS est au minimum indispensable, par réalisme, pour des raisons de proximité avec les services, d'identification d'une ressource médicale locale et de réactivité de l'administration ; ce médecin pourrait avoir les fonctions de MIR adjoint⁶⁸.

- Cette organisation doit être précisée dans un texte à vocation générale, valant instruction aux préfets de région, conformément aux pouvoirs dont il dispose sur le champ de la santé publique⁶⁹.

3.2.1.3 *Consolider la position du MIR*

- Faire du poste de MIR un poste fonctionnel

⁶⁸ Ce titre est attribué aujourd'hui à tous les MISP de l'inspection Régionale de la Santé, sans portée réelle.

⁶⁹ Circulaire du 16 juin 2004 relative à l'application du décret n°2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et les départements.

Le MIR, chef du service de l'IRIS, a une fonction interdépartementale. Compte tenu des responsabilités nouvelles qui lui sont confiées, il serait justifié que son poste devienne un emploi fonctionnel, avec une durée de fonction limitée.

- Le MIR doit siéger au CTRI

La fonction de MIR s'exerçant sur un emploi fonctionnel, le MIR ayant des fonctions interdépartementales, il conviendrait qu'il puisse siéger en permanence au sein du CTRI. Cependant, à la différence de la commission exécutive de l'ARH, la mission ne propose pas de lui conférer un droit de vote au sein de cette instance par essence directoriale, à l'instar de la position déjà occupée par le secrétaire général.

- En revanche, la nomination du MIR à la tête du pôle santé de la DRASS est peu compatible avec ces nouvelles responsabilités

Le MIR a souvent une vision assez large des politiques de santé menées par les services de l'Etat. Il pourrait sembler logique de le nommer responsable du pôle santé. Mais, personne n'a intérêt à le laisser submerger par des tâches de gestion et d'organisation liées au fonctionnement du pôle. Ce sont les chefs de service administratif qui ont plutôt vocation à exercer ce type de responsabilités.

3.2.1.4 *“Redéfinir un pilotage simple et cohérent”⁷⁰ de la politique de santé en faveur des élèves*

Les conditions de réalisation de cette mission ne permettraient pas d'examiner en détail les modalités d'organisation de la fonction médicale au sein de l'Education Nationale.

Cependant, pour faire face à ses missions dans le domaine de la santé des élèves, l'Education Nationale va devoir de plus en plus conduire de véritables démarches de santé publique, afin de définir une politique de santé adaptée à la situation de chaque académie, et d'en déterminer la programmation et l'évaluation, de manière articulée avec les stratégies régionales dont la cohérence est établie par le PRSP. Dans ces conditions, le Rectorat devra progressivement se doter d'une véritable structure de pilotage pour planifier ses interventions en faveur de la santé des élèves, au delà des examens médicaux périodiques ou ciblés effectués par les médecins de santé scolaire. Il devrait donc abandonner ses responsabilités en médecine du personnel.

Cette structure de pilotage devrait être chargée :

- de développer l'observation de la santé des élèves, en association avec les structures régionales existantes sur cette fonction ;
- de planifier et de programmer la politique de prévention menée au sein de l'académie, prenant sa place au sein du PRSP ;
- d'évaluer les actions menées dans le cadre de cette politique.

⁷⁰ Reprise des termes d'une des recommandations du rapport IGEN, IGAENR, IGAS sur l'évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège, N° 2004-013.

3.2.1.5 *Employer les médecins de santé publique pour leurs compétences*

- Les tâches confiées à un médecin de santé publique ne doivent pas relever de la médecine clinique

Les administrations de l'Etat doivent recruter pour les tâches cliniciennes qui leur incombent, des médecins cliniciens avec un statut de contractuel. C'est le cas pour l'examen de la situation des étrangers malades demandant à être soignés en France. C'est le cas pour le fonctionnement du comité médical et de la commission de réforme. C'est le cas pour les examens, réalisés dans le cadre d'une médecine du travail, demandés au médecin conseiller technique du Recteur.

Le médecin de santé publique peut en revanche, sur ces mêmes sujets, être utilisé pour contrôler la bonne exécution des procédures réglementaires. En cas de besoin, il peut estimer nécessaire de recourir à une expertise afin de juger de la qualité de l'avis donné par le médecin clinicien employé pour ces tâches.

- Un certain nombre d'activités peuvent être déléguées

Plusieurs types de tâches sont susceptibles d'être confiées à d'autres catégories de professionnels⁷¹. Ainsi, certains types de contrôle peuvent être confiés à d'autres médecins, sur cahier des charges et moyennant procédure de réception formalisée des dossiers traités. Les médecins conseils le font déjà dans les régions les plus en difficultés ; des praticiens hospitaliers pourraient être sollicités à condition d'intervenir dans des établissements qu'ils ne connaissent pas directement, comme ils le font déjà en expertise judiciaire.

De même, des corps soignants de catégorie A (conseillère technique en soins infirmiers) ou B (infirmières de santé publique) ont vocation à intervenir dans des matières relevant de leurs domaines de compétence (l'organisation des services par exemple pour des contrôles). L'intérêt pour le ministère est de pouvoir disposer, pour cette catégorie d'une plus grande latitude, pour des missions à contenu confiées aux agents concernés

Des tâches dans le domaine de l'inspection des enquêtes à conduire et à exploiter, pourraient être réalisées par des cadres B affectés auprès des médecins. Le ministère dispose de marges de manœuvre supérieures pour ce type de recrutement⁷².

3.2.2 *Renforcer la cohésion entre les services chargés d'administrer la santé*

3.2.2.1 *Rapprocher les cellules pluridisciplinaires du travail et la CIRE*

⁷¹ Le MIR d'une région en difficultés structurelles estime pour sa part que 30 % des tâches peuvent être déléguées à des non médecins, 25 % peuvent être déléguées à des médecins non MISP et 10 % peuvent ne pas être investies.

⁷² La DAGPB va répondre aux demandes de création de postes d'infirmière de santé publique. 27 des 36 postes demandés par les services dans leurs plans de recrutement, seront pourvus au plus tard le 01/09/06, essentiellement grâce à des arrivées en détachement de la FPH, ce qui représente une augmentation de près de 30% des infirmières en place par rapport à un EBA de 97 en 2005 et des ETPT de 92,8 au 31/15/05.

Dans chaque région, une convention est à établir entre la DRTEFP, la DRASS et l'InVS, pour organiser les collaborations nécessaires entre la cellule pluridisciplinaire de la DRTEFP et la CIRE.

Cette convention prévoira les modalités selon lesquelles la CIRE pourra prêter son concours aux actions de veille sanitaire et de mesures du risque sanitaire conduites par la cellule pluridisciplinaire. Un avenant annuel à cette convention déterminera le programme de travail commun décidé entre la CIRE et la cellule pluridisciplinaire.

3.2.2.2 Etablir des relations de travail organisées entre le service de santé au travail des DRTEFP et le service de prévention des risques professionnels des CRAM

Chaque DRTEFP devrait pouvoir identifier les coopérations nécessaires à mettre en œuvre entre son service santé au travail placé sous la responsabilité du MIRTMO, et le service de prévention des risques professionnels existant dans chacun des trois régimes de l'assurance maladie. Le programme de travail de chacun pourrait être établi d'un commun accord, en conformité avec les dispositions du plan régional santé au travail.

Les services de prévention des risques professionnels des CRAM ont essentiellement une activité de contrôle, de prévention et de conseil. Ils participent que peu, voire pas du tout, à une activité d'observation et de veille dans le domaine des maladies professionnelles⁷³. Ces services n'emploient pas de médecin, mis à part l'exception de la CRAMIF⁷⁴. Un rapprochement avec la DRTEFP leur permettrait de développer avec le concours des MIRTMO, les travaux d'observation sanitaire dans le milieu du travail et de prévention, dans le cadre de stratégies de santé publique préparées en commun.

Cette collaboration entre les différents régimes de l'assurance maladie et la DRTEFP sur les questions de santé au travail doit faire l'objet d'objectifs inscrits dans la prochaine COG AT-MP⁷⁵. Dans l'attente, l'administration centrale pourrait adresser à la DRTEFP et à la DRASS des instructions pour définir les initiatives à prendre, de façon associée, à l'égard des caisses d'assurance maladie, en vue d'établir ces collaborations locales nécessaires.

3.2.2.3 Mettre en place un conseil régional des médecins régionaux de santé publique

Un conseil des médecins régionaux de santé publique est à constituer dans chaque région. Présidé par le MIR, il réunirait: le MIRTMO, le médecin conseil régional, le médecin conseiller technique du Recteur, le médecin inspecteur régional de la jeunesse et des sports.

Il se réunirait périodiquement pour :

⁷³ Il est vrai que la conception du système d'information de l'assurance maladie ne permet pas de relier les données sur les pathologies constatées chez les assurés avec une information sur leurs activités professionnelles.

⁷⁴ Sur les 1523 agents des métiers de prévention travaillant au sein de la branche accidents du travail des CRAM, on compte 518 contrôleurs de sécurité, 270 ingénieurs conseils, 236 animateurs prévention et risques professionnels, 447 chargés d'éducation pour la santé, 14 psychologues du travail et 38 techniciens de laboratoire mais aucun médecin de prévention. La CRAMIF a recruté en 1989 un conseiller médical dans son service de prévention des risques professionnels. Elle en a trois aujourd'hui et s'appête à porter à 4 ses effectifs.

⁷⁵ Convention d'Objectif et de Gestion.

- examiner les collaborations à concevoir pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer les politiques de santé régionales⁷⁶ ;
- s'informer collectivement sur les activités menées par chacun ;
- concevoir des formations communes aux médecins de santé publique affectés dans différentes administrations.

Ce conseil des médecins régionaux de santé publique pourrait être saisi par le GRSP pour donner un avis sur toute question liée à la mise en œuvre du PRSP.

Le ministère de la Santé pourrait rendre l'initiative d'une instruction commune associant le ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, le ministère de l'Education Nationale, la CNAMTS, Jeunesse et Sports, pour mettre en place un tel conseil dans les régions.

3.2.2.4 Veiller à l'intégration de la DRTEFP et du Rectorat au sein du GRSP et à un fonctionnement interministériel des pôles régionaux

La DRTEFP et le Rectorat ont des missions dans le domaine de la santé qu'elles ont à conduire en association étroite avec la DRASS et ses services.

Le Recteur fait partie du conseil d'administration du GRSP présidé par le préfet. Quand le DRTEFP ne fait pas partie du conseil d'administration, il faut veiller à ce qu'il siège au comité des programmes

Il serait souhaitable que, sous l'égide du préfet, dans chaque région, soit instituée une réunion périodique de ces trois administrations, à laquelle pourraient être conviés en tant que de besoin le DRIRE, le directeur régional de la jeunesse et des sports, le sous-préfet à la ville, afin de fixer les éléments d'une stratégie commune des services de l'Etat en matière de santé, (en prévision notamment des positions à prendre par l'Etat au sein du GRSP) et de définir les collaborations nécessaires entre leurs services (choisir et décliner les actions des programmes).

Cette approche interministérielle est transversale à l'activité des pôles mis en place auprès du préfet de région. Elle doit pouvoir faire l'objet d'un bilan périodique devant le CAR. Elle peut se concevoir à partir du fonctionnement ordinaire du pôle de santé publique mis en place dans chaque région. Des instructions en ce sens devraient être données aux préfets de région.

⁷⁶ Le rapport n° 2003-139 du groupe de travail présidé par Marie-Ange du Mesnil du Buisson et d'Emanuèle Jeandet-Mengual consacré à l'évolution de l'organisation territoriale de l'Etat dans le domaine sanitaire et social, suggérait de créer un réseau de « médecins du travail sentinelles » en associant les MIRTMO aux CIRE.

3.2.3 *Définir des conditions d'emploi des médecins de santé publique à la hauteur des compétences attendues et des responsabilités confiées*

3.2.3.1 *Définir un statut d'emploi unique pour des médecins de santé publique d'origines différentes*

Les MISP, les MIRTMO, les médecins conseillers techniques du Recteur, les médecins placés auprès des inspecteurs d'académie dans les départements, sont employés par leur administration respective avec des statuts différents. Il n'y a pas de raison pour que ces professionnels, ayant le même employeur – l'Etat – exerçant tous un métier de médecin de santé publique, ne bénéficient pas tous des mêmes conditions d'emploi. Par ailleurs, cette situation gêne la mobilité entre les fonctions, quand elle ne l'empêche pas complètement, alors que l'Etat aurait intérêt à ce que les médecins de santé publique qu'il emploie aient la plus large expérience possible.

Mettre en place un statut unique aurait l'avantage de la simplicité. Mais, l'entreprise risque de prendre du temps avant de se réaliser, et elle représenterait ensuite une nouvelle barrière pour ceux qui, ne faisant pas partie de la fonction publique d'Etat, souhaiteraient postuler sur des fonctions de médecin de santé publique au sein des services de l'Etat.

➤ Un triple objectif est à atteindre :

- permettre des conditions d'emplois comparables pour tous les médecins ayant choisi un exercice de la santé publique,
- proposer des rémunérations aux médecins de santé publique qui soient comparables à celles qu'ils auraient pu obtenir dans un exercice clinique salarié,
- assurer le passage, le plus facile possible, d'une fonction à une autre pour des médecins de santé publique dont la compétence va avec la variété des expériences professionnelles.

La mission est convaincue que seule une démarche pragmatique et par étapes permettra d'atteindre complètement à terme ces objectifs.

➤ Une démarche par étapes:

- dans l'immédiat, il conviendrait de mener à son terme l'alignement du statut des MISP sur celui des praticiens hospitaliers.

Cette réforme n'est pas sans inconvénient. L'idéal serait de concevoir un statut de praticien de santé publique (PSP) qui n'aurait pas de connotation hospitalière particulière. L'inconvénient du statut de praticien hospitalier de santé publique (PHSP) est d'ordre symbolique⁷⁷. Cependant, le mieux serait ici l'ennemi du bien. Avec cette réforme, un progrès dans le sens des objectifs à atteindre devient possible, il faut la réaliser.

- les fonctions des différents médecins salariés de l'Etat intervenant en régulation collective (MISP, MIRTMO, médecin conseiller technique du Recteur, médecin conseiller de l'inspecteur d'académie, et jeunesse et sports) devraient également bénéficier d'un statut

⁷⁷ Mais, sur ces sujets, la question du symbole n'est pas entièrement à négliger. La santé publique ne se confond pas avec le domaine d'activité de l'hôpital.

d'emploi dont les conditions de rémunération et de progression de carrière seraient calquées sur celles du statut de praticien hospitalier.

La mise en place de ce statut d'emploi peut se concevoir de façon progressive selon l'administration⁷⁸. Les médecins conseillers techniques de l'éducation nationale (nationaux, conseiller du Recteur ou de l'inspecteur d'académie) bénéficient dorénavant et déjà d'un tel statut d'emploi, calé sur le statut des médecins de l'éducation nationale⁷⁹. L'administration des affaires sanitaires et sociales pourrait être prioritairement concernée par cette nouvelle étape, la réforme du statut des MISP la mettant dans une situation favorable pour cela.

On pourrait ainsi simplifier l'accueil de médecins de santé publique en enlevant toute barrière liée au statut d'origine.

Un médecin conseil pourrait bénéficier de ce statut d'emploi et occuper une fonction de MISP, et revenir à terme dans son statut d'origine. Un MIRTMO, actuellement contractuel, pourrait opter pour une fonction de MISP, et revenir à terme dans son statut d'origine. Un MISP pourrait devenir MIRTMO sur ce même statut d'emploi mis en place du côté travail, et revenir ensuite dans son statut d'origine. **Cette formule du statut d'emploi permet de ne pas faire dépendre les progrès pour rendre faciles les passages entre fonctions de la mise en œuvre d'un statut professionnel unique.** Il s'agirait là d'une réforme novatrice au regard du droit actuel de la fonction publique, dans la mesure où il est ici proposé d'ouvrir la possibilité de bénéficier d'un statut d'emploi à des professionnels qui sont des contractuels de droit public ou de droit privé).

Les conditions d'accès à ce statut d'emploi porteraient sur les compétences des praticiens cherchant à l'obtenir. Des formations d'adaptation à l'emploi pourraient accompagner le projet professionnel du candidat et précéder la prise de fonctions. A terme, l'objectif n'est pas tant de sélectionner que d'orienter les médecins de santé publique dans le parcours leur permettant d'accumuler des expériences utiles à l'Etat.

- Quand toutes les administrations auront pu mettre en place un tel statut d'emploi pour les médecins de santé publique, si l'intérêt pratique de ces rapprochements se confirme, alors il devrait être simple de concevoir un statut unique de praticien de santé publique pour tous les médecins, quelle que soit l'administration qui les emploie, voire s'étendant aux médecins conseils exerçant dans le champ de compétence des ARH.

3.2.3.2 Revoir les conditions de recrutement des médecins de santé publique

Face aux dysfonctionnements constatés (faible attractivité du concours, passage systématique en procédure dérogatoire, refus d'intégrer pour des motifs de mobilité), les conditions de recrutement des futurs MISP doivent être profondément revues. La mission propose de remettre en cause le concours académique, et de mettre en place des procédures de recrutement déjà intégrées par d'autres sélections (praticiens conseils par exemple).

Réserve faite des anciens qui ne seraient pas reconnus internes dans le nouveau système et devraient subir une épreuve écrite, la procédure devrait se centrer sur un entretien d'embauche pour des fonctions, fondé sur la détection de profils et de compétences à partir des expériences et travaux réalisés par les candidats. Formation initiale et continue étant conçues en continuité, avec un contrat d'acquisition de compétences suivi par l'Ecole, le MIR et le

⁷⁸ En voulant faire avancer toutes les administrations d'un même pas, le risque de retarder la marche est sans doute plus grand.

⁷⁹ L'article 33 du décret du 30 novembre 1991 modifié prévoit déjà explicitement que les MISP (chef ou MIR ou MIR adjoint) peuvent accéder à ces fonctions par voie de détachement.

chef de service, la question des origines et des motifs d'entrée devient secondaire : futurs titulaires, contractuels (pour les régions les plus déshéritées ou les renforts ponctuels) sont astreints à suivre la même sélection et le même cursus.

L'aspect statutaire (titularisation ou intégration) seraient dès lors liés à une durée d'apprentissage et de pratique sanctionnées, éventuellement par un jury.

3.2.4 Rapprocher l'enseignement universitaire en santé publique de la pratique de la santé publique

Le champ d'expérience d'un PU-PH en santé publique est très étroit. Ses fonctions hospitalières lui interdisent d'avoir une pratique n'ayant pas de lien avec les soins hospitaliers. Ce n'est que de façon marginale qu'il parviendra tout de même à élargir son domaine d'intervention.

D'un autre côté, les médecins de santé publique, employés dans les services de l'Etat ou de l'assurance maladie, sont assez peu associés à l'enseignement universitaire ou aux activités de recherche, n'étant pas intégrés à l'équipe du CHU. Les MIRTMO font à cet égard figure d'exception, en raison d'une bi-appartenance d'origine pour quelques uns d'entre eux, et parce qu'ils sont sollicités pour des consultations de pathologies professionnelles dans les équipes hospitalières.

Il serait pourtant intéressant que les équipes universitaires et les équipes administratives de santé publique collaborent davantage ensemble⁸⁰, définissent des formes d'association pour mener à bien des activités précises. Ainsi, par exemple, il est dommage que les moyens qui parfois existent dans le domaine de l'observation et de la veille au niveau d'un CHU ne s'associent pas à ceux qui sont rassemblés au sein d'une CIRE. Il est dommage que les médecins de santé publique ne rapportent pas leurs expériences pratiques dans le cadre universitaire, en participant aux enseignements. Cet enseignement universitaire gagnerait d'ailleurs à associer, outre les médecins de santé publique, les IGS, les PHISP, les IASS, afin d'être véritablement pluridisciplinaire et interprofessionnel. La situation actuelle est préjudiciable au développement de la - santé publique.

Pour faciliter ces collaborations et ces associations entre équipes universitaires de santé publique et équipes administratives de santé publique, la mission propose qu'un universitaire (PU-PH, ou chef de clinique), puisse être autorisé à occuper des fonctions de coordonnateur de CIRE, de MIR, de MIRTMO, de médecin conseiller technique du Recteur, ou de médecin conseil régional, tout en continuant de remplir ses responsabilités universitaires. Cela nécessitera d'ouvrir leur valence hospitalière sur ce type de fonction. Cependant, la durée de présence dans ces fonctions, dans une région donnée, devrait être limitée dans le temps. Par ailleurs, cela suppose que l'universitaire occupant, pour une durée limitée, des responsabilités administratives consacre à cette activité un temps nécessaire.

⁸⁰ Exemple pourrait être pris sur les collaborations constatées en médecine du travail.

3.3 L'avenir dépend autant des médecins que du cadre institutionnel

3.3.1 *L'organisation de la fonction médicale dépend du cadre institutionnel adopté pour administrer la santé*

3.3.1.1 *Trois axes structurants et une alternative pour définir le futur cadre institutionnel*

- Toute réforme de l'organisation des pouvoirs s'organise entre trois pôles potentiellement contradictoires : le renforcement de l'interministérialité, l'autonomisation du secteur santé et la régionalisation décentralisée

Chacune des réformes récentes ou proposée prend parti sur un ou deux de ces champs. La création des GRSP à l'intérieur d'une loi de santé publique ambitieuse relève de la première orientation. A l'inverse et parallèlement, les projets de création d'agences régionales de la santé obéissent à une logique d'autonomisation du secteur de la santé, à l'instar de ce que vit l'Education nationale. La régionalisation du système enfin a ses partisans, et fait l'objet de prémisses d'expérimentation. Il n'appartient pas à ce rapport d'analyser plus avant ce qui pourrait relever de véritables scénarii.

Mais les schémas de référence ont une influence sur l'utilisation de la ressource médicale. A tout le moins, les orientations de renforcement des compétences médicales ne doivent pas rendre impossible un quelconque de ces schémas mais au contraire en faciliter la plasticité.

- Soit le champ de la santé est segmenté entre plusieurs secteurs dont la gestion est confiée à des autorités différentes, soit il est géré dans sa globalité

L'hôpital, les soins ambulatoires, le privé, le public, la prévention et l'éducation à la santé, le médico-social, l'observation et la veille sanitaire, la santé de populations particulières (les enfants scolarisés, les travailleurs, les personnes âgées...), de nombreuses lignes de partage peuvent être choisies pour séparer des domaines de gestion dont la responsabilité relèvera ensuite d'une autorité indépendante.

L'autorité en charge d'un domaine bien délimité, en se spécialisant sur son étroit sujet, en aura une parfaite connaissance et saura agir avec la plus grande pertinence. L'inconvénient est que cette option conduit à la construction d'un ensemble cloisonné de stratégies qui ont besoin, pour être efficaces, d'être complémentaires. Dans cette première orientation, les médecins de santé publique se spécialiseront sur des domaines particuliers. Se créeront alors des filières de recrutement de plus en plus sélectives sur des compétences étroites. Les passages d'une fonction à une autre iront en se réduisant.

A l'inverse, si une autorité unique est chargée de veiller à la cohésion des différentes institutions ayant par leurs actions des effets sur la santé de la population, l'avantage est ici celui qu'apporte une unité de pensée et d'action quand il s'agit de tirer le meilleur parti possible des efforts accomplis. Mais une autorité unique, pour gérer un champ aussi vaste, risque de s'en tenir à des approches superficielles de questions que seul un traitement approfondi serait en mesure de résoudre. Dans cette seconde orientation, les médecins de

santé publique seront porteurs d'une approche « généraliste » de leur discipline. Plus ils auront acquis une large expérience en passant d'une fonction à une autre, plus leur compétence sera grande.

Personne n'est véritablement partisan de l'un de ces deux extrêmes. Cependant, tout cadre institutionnel choisi pour administrer la santé déterminera une voie plus ou moins médiane, proche de l'un ou de l'autre. Cela ne peut qu'avoir des conséquences sur l'organisation de la fonction médicale dont les services ont besoin.

La forme donnée à l'administration de la santé dépend de l'équilibre construit entre ces options possibles pour définir le cadre institutionnel. Aujourd'hui, l'incertitude existe sur les choix qui devraient se faire. Or, les liens entre la forme d'administration de la santé retenue et les conditions d'exercice de la médecine de santé publique sont étroits. Aussi, cette situation d'incertitude sur le modèle d'administration et ses équilibres explique les interrogations que toute perspective de réforme touchant l'organisation de la fonction médicale suscite dans les services. Chaque institution redoute qu'une transformation de la fonction médicale telle qu'elle existe actuellement ne compromette son avenir. Tous considèrent qu'il serait hasardeux de prendre des décisions risquant de se révéler inadaptées dans un avenir plus ou moins proche.

3.3.1.2 Une stratégie d'attente est préférable à une attente de stratégie

Quel que soit le modèle d'administration retenu, il existe des constantes qui justifient un certain nombre de réformes à réaliser.

- L'Etat ne saurait être totalement absent du champ de la santé

Il gardera un rôle de protection générale des intérêts vitaux des citoyens. La santé en fait partie bien sûr. Pour exercer ce rôle et faire face aux attentes du citoyen, l'Etat aura besoin d'employer des médecins de santé publique. Ce qui peut changer, en revanche, serait le recours à des collaborations médicales ponctuelles du fait d'une pénurie de médecins de santé publique. Se doter d'une stratégie de recrutement combinant les exigences de compétences avec l'attractivité des fonctions, est un besoin immédiat, urgent, compte tenu des perspectives sur le plan de la démographie médicale.

- Pour un médecin de santé publique, sa compétence se nourrit de la diversité de ses expériences professionnelles

Faciliter, encourager le passage d'une fonction à une autre est pour cela une nécessité, pour la puissance publique comme pour les médecins.

- Il faut renforcer la cohésion interne des services de l'Etat

Dès lors que l'Etat exerce une responsabilité, il convient qu'il ne dilapide pas son autorité en la segmentant entre diverses administrations ou entre diverses organisations territoriales au sein d'une même administration, qui toutes agiraient indépendamment les unes des autres.

- Favoriser le travail complémentaire entre les médecins et les services auxquels ils appartiennent, afin d'avoir une approche de la santé aussi globale que possible est souhaitable, quel que soit le degré d'intégration future des institutions entre elles.

3.3.2 *Les pratiques ont un effet sur l'administration de la santé aussi importants que les choix d'organisation*

3.3.2.1 *Concevoir une politique globale de santé exige de la méthode et du savoir-faire*

Le cadre institutionnel choisi et la répartition des responsabilités ne transformeront guère l'action si les politiques nécessaires en faveur de la santé s'élaborent sans méthode et sans savoir-faire.

➤ Le besoin de planification globale demeure

Aujourd'hui, plusieurs outils de planification et de programmation dans le domaine de la santé s'appliquent à des secteurs différents : les soins hospitaliers, la prévention et l'éducation à la santé, le médico-social, la santé au travail. Un schéma global pourrait s'imaginer, destiné à dresser, d'un coup d'un seul, l'ensemble des stratégies en faveur de la santé en un tout cohérent. Une telle approche exigerait d'être capable de mener de front de nombreux travaux de grandes ampleurs. Le fractionnement en plusieurs schémas ou plans peut se justifier au nom du pragmatisme, mais il oblige à définir des méthodes d'articulation sachant prendre en compte des différences de contenu entre ces plans et ces schémas (certains étant à l'état des orientations et d'autres à celui de la programmation) et des décalages de calendrier.

Dans tous les cas, qu'il s'agisse de travailler à un schéma unique visant à la cohérence globale des politiques de santé, ou qu'il s'agisse d'articuler des stratégies sectorielles différentes, la question des pratiques est fondamentale. Les médecins de santé publique, plus que d'autres professionnels, parce qu'ils maîtrisent les méthodes et connaissent l'objet auquel elles s'appliquent, peuvent représenter une force de changement, au même titre que la réforme du cadre institutionnel.

➤ Le besoin d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins de santé publique est nécessaire désormais

Si les institutions reconnaissent aux médecins une place particulière au sein de leurs organisations, c'est parce qu'elles admettent que ce ne sont pas des professionnels comme les autres. En contrepartie de cette valorisation, les exigences sont également plus fortes, traditionnellement en termes de déontologie, désormais en termes de vérification de la qualité des pratiques professionnelles.

L'évaluation des pratiques professionnelles s'impose aux médecins salariés comme aux libéraux, quelle que soit l'activité ou l'employeur. S'y préparer constitue un enjeu de crédibilité pour la profession, pour l'administration et en fin de compte pour la santé publique.

3.3.2.2 *Mieux connaître pour agir à meilleur escient*

Le développement de l'observation sanitaire et sociale, la conception de dispositifs de veille sanitaire, sont indispensables pour toute administration de la santé afin :

- de comprendre les phénomènes sur lesquels elle prétend agir,

- de détecter la réalité et l'ampleur des problèmes de santé avant que trop de dommages se produisent,
- d'évaluer l'efficacité de ses interventions.

Sur ces sujets, les médecins de santé publique ont un rôle majeur à jouer pour apporter les méthodes et mettre en œuvre les pratiques nécessaires.

3.3.2.3 Le développement de la prévention peut, dans l'état de la médecine moderne, entraîner les gains en santé les plus importants.

La mesure la plus décisive pour diminuer fortement la mortalité des cancers n'est pas la découverte d'un nouvel antimitotique, ou la mise au point d'un nouvel examen de dépistage performant. Cette mesure la plus décisive est de lutter contre le tabagisme.

Mais, il n'est pas facile d'agir avec efficacité sur des comportements à une échelle collective. Parfois même, la sensibilisation aux dangers d'un produit toxique peut inciter certains à tenter l'expérience. Le développement de la prévention et de l'éducation à la santé exige de professionnaliser ce secteur, en le dotant de méthodes d'intervention validées, en formant ses intervenants, en évaluant ses résultats. Il y a là un champ d'investissement considérable pour les médecins de santé publique. Les progrès en faveur de la santé de la population dépendront de la force de cette mobilisation.

Conclusion

Investir dans la médecine de santé publique, c'est s'assurer que les enjeux d'intérêt général seront pris en compte, que le lien sera pensé entre médecine et politiques publiques, que les horizons de l'action publique seront tous intégrés.

A cet égard, la santé publique n'échappe pas à sa dimension sociale et oublier cette dure réalité des inégalités de conditions de vie vient constamment perturber les pratiques les plus performantes en santé publique. Un des critères de maintien d'une présence médicale permanente au sien de l'Etat sera probablement lié à cette capacité ou non d'intégrer cette dimension sociale en amont de la crise, conjointement avec la gestion des désordres médicaux générés par ces fléaux naturels ou infectieux.

Chacun dans leur domaine d'action, les MISP, les MIRTMO, les MCTR ou les praticiens conseils de la sécurité sociale contribuent à cette ambition. Tous sont fragiles, pas toujours bien intégrés dans leur structure de rattachement, peu connus du public et parfois des décideurs. Prendre au sérieux l'ambition posée par la loi du 9 août 2004, c'est aussi s'attacher des médecins qui s'engagent dans cette direction.

Jean-François BENEVISE

Alain LOPEZ

ANNEXES

Liste des annexes au rapport de synthèse

1. Note de cadrage de la mission
2. Liste des personnes rencontrées
3. Liste des sigles
4. Les compétences médicales en Suède
5. L'organisation médicale au ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative
6. Liste récapitulative des propositions de la mission

Annexe 1 : Note de cadrage de la mission

Objet : « L'utilisation des compétences médicales permettant à l'Etat d'assurer ses responsabilités dans le domaine de la santé publique au niveau local. »

La loi du 9 Août 2004 affirme la responsabilité de l'Etat dans le domaine de la santé publique. Pour l'exercer, il faut, au niveau local, recourir à des compétences médicales réparties entre différents services de l'Etat, mais aussi présentes au sein des organismes de l'assurance maladie. Le besoin de ces compétences médicales mérite d'être évalué, afin d'examiner les conditions d'emploi des médecins au service des missions de l'Etat qui seraient les plus pertinentes pour garantir la plus grande efficacité possible des politiques publiques en faveur de la santé de la population.

La présence de médecins (médecins inspecteurs de santé publique et médecins inspecteurs du travail et de la main d'œuvre) en position de conseillers techniques et l'utilisation de compétences médicales dans des processus de décision administrative, constituent une caractéristique des administrations sociales qui les différencient des administrations techniques de l'Etat, constituées et organisées autour des compétences et de corps techniques spécifiques. Il en résulte une problématique particulière de bonne utilisation de la ressource disponible, de coexistence et de partage des rôles avec les personnels administratifs qui font depuis longtemps débat au sein de nos services et dont témoigne l'évolution des organigrammes au cours des dernières décennies.

Cette question revêt une intensité croissante avec les évolutions de missions induites par les nouvelles orientations des politiques publiques. Depuis leur création, les ARH mobilisent les compétences médicales sur de nouveaux champs à travers une répartition de missions qui fait de plus en plus appel aux ressources des médecins-conseils de l'Assurance maladie. Depuis une quinzaine d'années, les crises sanitaires ont conduit à renforcer la présence de médecins spécialisés dans des agences et structures dédiées à l'observation, l'épidémiologie et l'alerte (INVS, CIRE) mais aussi à mobiliser les Misp dans des cellules de veille et de gestion de crise de plus en plus consommatrices de la ressource médicale.

La loi du 9 août 2004 crée de nouvelles structures (GRSP), sans que la complémentarité des tâches et des processus avec l'offre de soin soit pleinement clarifiée.

Parallèlement, les médecins inspecteurs du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO) peinent à se faire reconnaître au sein de l'administration du travail et de l'emploi mais gagnent en visibilité et légitimité avec la mobilisation qui leur est demandée sur la santé au travail.

Plus largement, sur des effectifs encore plus réduits, on trouve des médecins en position de conseiller technique à l'Education Nationale auprès des Recteurs ou au sein du ministère chargé de la Jeunesse et des Sports qui s'interrogent sur leur place au sein de leurs structures, entre la nature de leur contribution aux politiques pilotées par leur ministère et leur insertion aux actions de prévention dans un ensemble plus large participant à la valorisation de la santé publique.

Dans ces trois cas, la multiplicité des donneurs d'ordre, les modifications des missions ou de leurs modalités de mise en œuvre créent de fortes tensions sur l'utilisation des ressources compte tenu du maintien de nombreuses tâches traditionnelles de gestion, de participation à des processus ou d'appréciation individuelle, d'ailleurs souvent liées à des responsabilités de l'employeur. Tout ceci contribue au malaise des médecins, traditionnel et profond, qui se manifeste par des difficultés de recrutement, des hésitations sur les profils attendus, des références d'action multiples et variées. Dès lors, le risque est grand de voir que, la synthèse des priorités dépende plus largement des types d'affectation, des choix ou des relations individuelles que d'une doctrine d'emploi claire et cohérente de l'administration. Une telle situation est susceptible de s'aggraver dans un contexte de raréfaction attendue de la ressource médicale, qui pourrait encore réduire le nombre de médecins intéressés par ce type de fonctions au sein des administrations.

Consciente des difficultés que connaissent les services, l'Igas a proposé dès 2005 une mission sur ce thème, finalement retenu au programme de travail 2006. L'équipe sollicitée pour ce sujet (Jean-François Bénévise et Alain Lopez) propose des éléments de cadrage et de démarche suivants, valant lettre de mission, conformément aux usages pour les missions proposées par le corps.

1 Le cadrage du thème

La mission suggère de privilégier une approche de participation à la régulation collective et de situer sa réflexion dans une démarche prospective.

11 Sur le premier point, il apparaît que les services des deux secteurs autant que les médecins ont besoin d'un cadre d'action clarifié et cohérent pour améliorer l'efficacité de l'action administrative et préciser leur contribution spécifique.

Les responsables de l'administration déplorent la rareté de la ressource médicale, les difficultés à pourvoir les postes ouverts aux concours. Certaines régions sont structurellement déficitaires, et dès lors peu attractives malgré les efforts des gestionnaires. La mission tentera d'objectiver les constats et de proposer les moyens d'y remédier, au niveau statutaire, par la gestion du corps et l'organisation des services, tout en intégrant les contraintes et opportunités de la Lolf, les décisions déjà prises et les perspectives de constitution d'un corps de praticiens de santé publique sur le tripôle Etat - hôpital et sécurité sociale, à court et à moyen terme. Sur un plan fonctionnel, les possibilités de prise en charge de certaines missions par d'autres professionnels (médecins, infirmières ou personnels administratifs) seront analysées.

Corrélativement, le toilettage des missions est une demande récurrente des Misp et Mirtmo. Un bilan d'application des textes de définition des missions reste à faire¹, à la lumière des efforts de clarification entrepris autour de la revue d'activités des services. La mission propose de travailler également sur les temps dédiés aux principales tâches, de dresser une typologie des choix opérés dans les services déconcentrés en termes de priorisation ou d'organisation du travail et des services. Face aux vacances de poste durables, à l'isolement des médecins dans les plus petits départements, aux demandes d'enrichissement thématique des fiches de postes, les mécanismes de solidarité ou d'intégration plus ou moins poussés entre les niveaux départementaux et régionaux de l'Etat seront appréciés, pour ce qui concerne le secteur santé-social, à la lumière des expériences tentées ici ou là².

¹Circulaire 17 avril 1996 pour les Mirtmo et du 11 juin 1999 pour les Misp

² En tenant compte des compétences que doivent exercer les préfets-DDASS.

Les particularités de chaque secteur seront intégrées, que ce soit la place du médecin inspecteur régional (MIR) dans les services des affaires sanitaires et sociales, ou les relations des médecins inspecteurs avec les praticiens et cliniciens, d'une part, avec l'Université de l'autre. La mission mesurera les évolutions de la relation avec les Misp depuis un rapport antérieur de l'Igas³ et analysera l'approfondissement possible des modes de coopération désormais induit par le plan « santé au travail », la formation commune initiée au sein de l'ENSP-EHESP, et par le PRSP et le GRSP

Sur tous ces sujets, la mission réfléchira à partir des changements institutionnels réalisés (ARH, agences sanitaires, décentralisation), des structures et programmes issus des réformes récentes (Lof, loi de santé publique, transformation de l'ENSP) et ceux qui sont susceptibles d'intervenir (recomposition des services déconcentrés).

Parmi la multiplicité des missions et tâches dévolues aux médecins inspecteurs, la mission privilégiera une vision en blocs de compétences centrée sur la participation aux fonctions de régulation collective de la protection sociale au sens large, convaincue qu'aucun autre type de médecin ne peut intervenir sur ce champ.

12 Compte tenu des interrogations que peut susciter ce type d'enquête, la mission suggère de présenter ses réflexions délibérément sous un angle prospectif, favorisant une relative distance avec la situation actuelle.

2 le champ d'étude proposé

La mission devra trouver un équilibre entre un champ d'étude centré sur le fonctionnement des services déconcentrés et une approche plus large des divers types de praticiens qui concourent à la santé publique, au sein de l'Etat, des hôpitaux ou de l'assurance maladie.

Le travail de la mission couvre prioritairement la place et la fonction des médecins de l'Etat – Misp et Mirtmo- au sein des services déconcentrés des ministères sociaux, et par assimilation des ARH, aujourd'hui et demain. Par extension, et compte tenu de la proximité des formes d'exercice de ces métiers, les problématiques concernant l'ensemble des médecins en position de conseiller au sein des administrations d'Etat seront également abordées (cf médecin conseil du Recteur ou Jeunesse et Sports).

En raison de leur implication au sein des ARH, et demain dans les GRSP, les médecins-conseils de l'assurance maladie sont intégrées de la réflexion

En revanche, les fonctions des Misp affectés en administration centrale ou en agence sanitaire ne seront envisagées que comme un type d'affectation proposé aux membres du corps et dans la mesure où elles soulèvent des questions spécifiques de positionnement.

De même, la référence à la santé publique n'ouvrira pas le champ des investigations à tous les effecteurs en position de clinicien (médecins libéraux, de PMI, de santé scolaire) mais sera comprise comme couvrant l'ensemble des praticiens de statut public (fonctionnaire ou non) ou privé (type médecin conseil) dans la seule mesure où ils sont parties prenantes de processus de décision collective.

³ Bilan et perspectives des relations entre médecins inspecteurs de la santé publique et médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (rapport Igas mai 1997).

3 la méthode de travail

La mission s'attachera à partir des attentes et besoins exprimés par les divers donneurs d'ordre des professionnels : directeurs d'ARH pour les Misp, préfets, chefs de service régionaux et départementaux et administrations centrales pour les deux secteurs.

Elle procèdera à une revue de la littérature (rapports administratifs⁴, groupes de travail⁵, études sociologiques). Elle réalisera des entretiens avec les représentations professionnelles (médecins, services déconcentrés) et cherchera à connaître les attentes des partenaires de l'Etat (conférence des présidents de CME par exemple).

En fonction des informations disponibles, la mission s'intéressera aux comparaisons qui peuvent être faites avec d'autres pays européens, quant à la place et l'emploi de médecins de santé publique au sein de l'administration de l'Etat.

Elle se déplacera dans quelques régions (Alsace, IDF, PACA) pour procéder à des études plus précises sur les modes de fonctionnement et les pratiques professionnelles en vigueur.

La mission se propose de rendre ses conclusions d'ici la fin du mois de juillet.

4 le produit livrable

Le rapport comprendra notamment une analyse critique des missions, et une évaluation des besoins en conséquence, des éléments quantitatifs sur la démographie du des métiers correspondants des éléments de bonnes pratiques, une recension des propositions et une tentative de projection à moyen terme sur un ou des scénarios d'organisation et de fonctionnement au regard d'une utilisation optimale de la ressource médicale dans nos services. L'accent sera mis plus sur les fonctions que sur les statuts.

La mission tentera ainsi :

- d'identifier les besoins des services en compétence médicale, au regard des missions actuelles et susceptibles d'évoluer,
- de préciser la valeur ajoutée de la présence médicale dans ces services, sa spécificité,
- de proposer les complémentarités et convergences possibles entre les missions, priorités et plans d'action des fonctions médicales dans les divers services d'Etat,
- de clarifier le positionnement du métier au regard des professions voisines, médicales ou non,
- de présenter quelques éléments d'une doctrine d'emploi des médecins à fonction administrative dans les services de l'Etat.

L'enjeu est de tracer des perspectives d'organisation des services, de blocs de missions de profils de compétences et de doctrine d'emploi qui permettent de répondre aux défis actuels et prévisibles, tout en contribuant à conforter l'identité professionnelle individuelle et collective des intéressés.

⁴ Evolution de l'organisation territoriale de l'Etat dans le domaine sanitaire et social (rapport Igas oct. 2003) ;

⁵ Créés par l'administration ou suscités par les professionnels.

La trame du rapport devrait s'organiser autour de l'analyse des écarts entre les perspectives attendues et souhaitées, la situation actuelle et les voies et moyens de réduire progressivement ces divergences.

Mars 2006

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

Liste des personnes rencontrées ou contactées

Ministère de la santé et des solidarités:

- *Cabinet ministériel :*
- Pr. DUFAUX Christophe conseiller technique
- M. RANCE Eric, conseiller auprès du ministre
- Pr. SAMBUC Roland, conseiller
- *Secrétariat général :*
- M. RAPOPORT Jacques, Secrétaire général,
- *Direction générale de la santé :*
- Dr. BASSET Bernard, sous-directeur Santé et Société
- M. EYSSARTIER Didier, chef de service politique de santé qualité du système de santé
- Mme HOUEL Françoise, adjointe au sous directeur SD4
- M. PARAIRE Jean-Luc, sous directeur coordination des services et affaires juridiques
- M. TOUSSAINT Guy, chargé de mission SD2
- M. WAISBORD Eric, sous directeur qualité système de soins
- *Direction de l'administration du personnel et du budget :*
- M. LO Cheikh, chef 2^o bureau Personnels des services déconcentrés
- *Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins :*
- M. GONZALEZ Gérard, Sous-Directeur à la Sous-Direction G de la DHOS,
- M. NICOLAS Guy, conseiller médical auprès du DHOS,
- M. REMAY Frédéric, conseiller du directeur de la DHOS
- Mme TOUPILLIER Danielle, chef de service professions de santé et affaires générales

Ministère délégué à l'Emploi, au Travail et à l'Insertion professionnelle des jeunes

- *Cabinet ministériel :*
- Mme NOEL Coralie, conseillère technique santé travail
- *Direction des relations du Travail :*
- M. COMBEXELLE Jean-Denis, directeur de la DRT,
- Mme GIRAUD Christiane, conseiller technique du DRT, et adjoint du chef de la MASD
- Dr. LARCHE-MOCHEL Monique, chef de service de l'inspection médicale du travail et de la main d'œuvre

- M. RICOCHON Michel, chef de la Mission d'Animation des Services Déconcentrés (MASD)
- **INTEFP :**
- M. BESSIERE Jean, directeur de l'INTEFP,
- Mme. BARTHELEMY Patricia, directrice adjointe de la formation continue.

Ministère de l'Education nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche

- Dr. Jeanne-Marie URCUN conseiller technique national

Ministère de la jeunesse et des sports et de la vie associative

Cabinet

- Mme ANDRIER Magali, conseillère technique sport

Direction des sports

- Dr. EINSARGUEIX Gilles, Bureau de la protection du public, de la promotion de la santé et de la lutte contre le dopage (DS/B2)

Caisse Nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés :

- Pr. ALLEMAND Hubert, médecin conseil national à la CNAM
- Dr. BELLORINI Marie-Noëlle, responsable de la formation au département des ressources humaines, réseau médical
- Mme Michèle CARZON direction du réseau médical
- Dr. HERLAULT, responsable du département des ressources humaines, réseau médical

Personnes qualifiées :

- M. BLEMONT Patrice, Directeur de l'ARH Franche-Comté,
- Mme CARVALHO Josiane, responsable formation filière médecins Education nationale ENSPP
- Dr. CHEVIT Pascal, ancien Directeur de l'ENSP,
- Dr. CHOUCHEKAEFF Luc, MIR Champagnes Ardennes
- Pr. DAB William, ancien directeur général de la santé, enseignant au CNAM
- Dr. GARCIA Alain, Directeur de l'ARH Aquitaine,
- M. LANDRIEU Bertrand, préfet de région Ile-de-France, président de l'association des membres du corps préfectoral
- M. LEGRAND Patrice, Directeur de l'ARH Centre,
- M. MARIE Jean-Luc, directeur général de l'INRS
- M. PERRIN Antoine, Directeur de l'ARH Réunion-Mayotte,
- Dr. POMAREDE Renée, Présidente de l'AMISP,
- Dr. RAIMONDEAU Jacques, ancien responsable de la filière de formation des MISP à l'ENSP
- Pr. SALOMEZ, PU-PH de santé publique, Président du collège universitaire des enseignants de santé publique.

- Dr. SIANO Bernard, directeur Etude et assistance médicale à l'INRS
- M. WESTERMANN Jean-Claude, directeur DRASS Nord Pas de Calais
- M. ZORMAN Michel, conseiller médical du recteur de l'Académie de Grenoble

Organisations professionnelles

- conférence des directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales
- conférence des médecins inspecteurs régionaux

Organisations syndicales :

- Dr. BROCHE Béatrice, représentante du SMISP
- Dr. FALIU Bernard, président du SMISP
- Dr. LACROIX Brigitte, représentante du SMISP
- Dr. LE MOAL Joëlle, représentante du SMISP
- Dr. MOYSE Colette, représentante du syndicat CFDT des MISP
- Dr. SOLIER Nicole, représentante du syndicat CFDT des MISP
- Mme COURT Liliane, MM.GINI Antoine, LAPLACE Alain, représentants du SNIAS

Région Ile de France :

- ARH :

- Mme LEPEE Maryse, secrétaire générale
- M. RITTER Philippe, directeur

- DRASSIF :

- Dr. BARBIER Christine, MISP,
- Dr. BAUBEAU Dominique, Médecin inspecteur régional,
- Dr. DEJOUR-SALAMANCA Dominique, MISP affectée à la CIRE
- Dr. DESOUCHES Anne, MISP,
- Dr. DEVORT Jeannick, MISP,
- Dr. HERSZKOWICZ Albert, MISP,
- Dr. ISNARD Hubert, responsable de la CIRE
- M. PELTIER Michel, Directeur de la DRASS
- Dr. PONSSARD Marie-Claude, MISP,
- Dr. POUVELLE Maxime, MISP,
- Dr. SOBECKI Yolande, MISP

- DDASS Seine et Marne

- Mme JUNQUA Hélène, directrice
- Dr. BARGMAN Philippe, MISP
- Dr. CONNAULT-LEVAÏ, Geneviève, MISP,
- M. HUGUET, Serge, directeur adjoint de la DDASS,
- Dr. SERVAIS, Dominique, MISP,
- Dr. VERNET Alain, MISP,

- ***DDASS Yvelines***
- M. De BATZ de TRENQUELLEON Charles, directeur
- ***DRTEFP :***
 - M. BIEHER Marc, directeur de la DRTEFP,
 - Dr. COUDURIER Françoise, MIRTMO,
 - Dr. GILLET Anne, MIRTMO,
 - Dr. RONDEY Sylvie, MIRTMO,
 - Dr. RUPRICH Vincent, MIRTMO,
 - Dr. SANDRET Nicolas, MIRTMO,
 - Dr. SOULA Marie-Christine, MIRTMO
 - M. PEYTAVIN Patrice directeur adjoint responsable de la cellule santé travail
- ***SMAMIF (service médical de l'assurance maladie d'Ile de France) :***
 - Dr. SAGNAT Jacques, Médecin Conseil à la mission des établissements de santé,
 - Dr. TRUTT Bernard, Médecin Conseil Régional,

Région Alsace :

- ***Préfecture :***
 - M. FAUGERE Jean-Paul, préfet de région,
- ***ARH :***
 - M. AOUN André, directeur de l'ARH,
 - Dr. CUNY Françoise, conseiller médical de l'ARH,
- ***DRASS :***
 - Mme BARTH-FOLTZ Fabienne, CTTS
 - Dr. BOGEN Monique, MISP
 - Mme CHABEAU Anoutchka, directrice adjointe
 - M. CLAUDEL François-Xavier, responsable du pôle planification et professions
 - Dr. DEBIONNE François-Paul, MISP
 - Mme DOERFLINGER Claudine, CTRSI
 - Mme EDEL Claudine, infirmière de santé publique
 - Dr. EL MRINI, MISP
 - M. FILSER Claude, responsable du service des politiques de santé
 - Dr. FRITSCH Pascale, MISP
 - Mme FRITZ Laurence, ingénieur d'études sanitaire
 - Dr. GOSSEL Sylvie, MISP
 - Mme GAULARD Sylvaine, responsable du service protection sociale et de la MRIICE,
 - Mme LAVANDIER Joëlle service planification
 - Mme MIRALLET, responsable service handicap
 - Dr. MONTALVO Odile, MISP
 - M. ROMMEVAUX Alain, directeur de la DRASS,

- Dr. SCHAETZEL Françoise, médecin inspecteur régional,
- Dr. SCHLANGER Sylvie, coordonnateur régional de l'hémovigilance,
- Dr. SCWARTZENTRUBER Eric, MISP
- M. TRAMIER Paul-André service planification
- M. TSCHIRHART Yves, pharmacien inspecteur régional
- Mme VALCU Marie Agnès, professions médicales
- Mme WALTER Solange, service santé environnement

- **DDASS 68 :**

- Dr. BRAUN-POMMELLET Frédérique, MISP, chef de service
- Dr. FERRE Patrice, MISP
- Mme GUILLARD Claude, directrice adjointe
- Mme HENKEL Céline, établissements de santé personnes âgées
- M. L'HOTE Patrick, directeur de la DDASS
- Mme MICHEL, Amélie, chef du service santé environnement
- M MINABERRIGARAY Sébastien, établissements de santé personnes âgées
- Mme MIRALLES Christine, chef du service établissements personnes handicapées
- Mme SCHULER Patricia, infirmière de santé publique

- **DDASS 67 :**

- M. BARTH Serge, directeur adjoint, responsable des politiques sociales
- Mme GALLANI Marie-Pierre, responsable du service établissements de santé, actions et professions de santé
- M. GUILLARD Alain, responsable service santé environnement
- Mme LONGUEPEE Magali, responsable du service social et médico-social
- Mme WANTZ Corinne, directrice de la DDASS

- **DRTEFP**

- Dr BROM Magdeleine, MIRTMO
- M. PERRIN Jean-François, directeur régional

- **Hospitaliers :**

- Dr FELLINGER Francis, président de la CME du CH de Haguenau, président de la conférence nationale des présidents de CME,

- **Education Nationale :**

- Dr. KOCHANOWSKI Jeanne, conseiller médical du recteur,

- **Service Médical Régional :**

- Dr. WEIL Gilbert, médecin conseil régional,

- **ORS :**

- M. IMBERT Frédéric, directeur de l'ORSAL (Observatoire régional de la santé d'Alsace)

Région PACA :**- Préfecture :**

- M. BONNETAIN Jean-Paul, secrétaire général pour les affaires régionales

- ARH :

- Dr. DUMONT Marie-Claude, chargé de mission,
- M. DUTREIL Christian, directeur de l'ARH,

- DRASS :

- M. ALESANDRINI Philippe, ingénieur du génie sanitaire
- Mme AUBRY Françoise, conseillère pédagogique régionale
- M. AVRIL Jean responsable service actions de santé et offre de soins
- Dr. AULLEN Patrice, coordonnateur régional de l'hémovigilance
- Dr. CAMPILLO Alexis, coordonnateur zonal, cellule gestion risques exceptionnels
- M. CHAPPELLET Jean, directeur de la DRASS
- M. CHIARA Michel, MRIICE
- Dr CRESSON Mireille, MISP
- M. DAVIN Serge, directeur adjoint,
- Dr. JEAN Eveline, MISP
- M. LATIL Francis, conseiller technique régional en soins
- Dr. MALFAIT Philippe, coordonnateur scientifique de la CIRE,
- Mme MARQUIS Danielle, adjointe pôle actions de santé
- Dr. MARTIN Gisèle, MISP
- Mme MELE Pierrette, pharmacien inspecteur régional
- Dr. RIFF Hugues, médecin inspecteur régional,
- M. SARFATI André, adjoint offre de soins
- Mme STAGLIANO, responsable pôle cohésion sociale
- Mme THOMAS, Monique, responsable de la MRIICE et du pôle protection sociale

- DDASS 13 :

- Dr. BENSADOUN Martine, MISP,
- Mme BLANES de CANECAUDE Jocelyne, infirmière,
- Mme BOUALAM Aouda, Infirmière,
- Mme BOURDELON Pascale, responsable du service de la réglementation,
- Dr. CHARLET Francis, MISP,
- Dr. CORUBLE Gérard, MISP,
- Mme FASSANARO Brigitte, responsable du pôle social,
- Dr. FERRERO Alain, MISP,
- Mme FLOCH LAVIT Mireille, responsable de service au pôle social,
- M. GARANS Max, Ingénieur sanitaire,
- Dr. GARCIN-NALPAS Christine, MISP,
- M. GIACOMONI, directeur adjoint de la DDASS
- M. KAPLANSKI Georges, responsable du service des établissements de santé,

- Dr. MASINI Brigitte, MISP,
- Mme PRINCIVALLE Jacqueline, infirmière,
- Mme RIFFARD-VOILQUE, directrice de la DDASS
- Dr. TERVE Jacqueline, MISP,

- ***DDASS 06 :***
 - Dr. ARRIGHI Isabelle, MISP
 - Mme BESSON, Michèle, responsable service établissements
 - M. FONTES Gilbert, responsable santé environnement
 - Mme KERSAUZE Martine, directrice adjointe, pôle santé
 - M. MAURI, Robert directeur adjoint, pôle cohésion sociale
 - Mme MICHELI Catherine, professions sanitaires et sociales
 - Dr MATHIEU Thierry, MISP
 - Dr McKENZIE Anne-Marie, MISP
 - Dr. NAMIAS Jocelyn, MISP
 - Dr. PELOUX-PETIOT Françoise, MISP
 - Mme PINAT Danielle, directrice de la DDASS
 - Dr. REFAIT Denis, MISP
 - Mme ROUSSEL Christiane, CTSS

- ***DRTEFP :***
 - M. CANO André, directeur de la DRTEFP,
 - Mme CERVANTES Marie-Hélène, MIRTMO
 - Mme GAUTIER Muriel, directrice adjointe, responsable pôle travail
 - M. FUMERY Jean-Louis, MIRTMO
 - Mme KALTWASSER Christine, MIRTMO

- ***Education Nationale :***
 - Dr. BREMOND Alain, médecin conseiller du recteur,

- ***Service Médical Régional :***
 - Dr. CHANUT Charles, médecin conseil régional pi,

- ***Hospitaliers***
 - M VALLET Guy, directeur général de l'AP-HM

Annexe 3 : Liste des sigles

Sigles utilisés dans le rapport et ses annexes

ALD : Affections de Longue Durée
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
AT-MP : Accidents du Travail -Maladies Professionnelles
CAR : Comité Administratif Régional
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIRE : Cellule Inter-Régionale d'Epidémiologie
CMR : Commission Médicale Régionale
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CODIR : Comité de Direction
COG : Conventions d'Objectifs et de Gestion
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM : Caisse Régionale de l'Assurance Maladie
CRAMIF : Caisse Régionale de l'Assurance Maladie d'Ile de France
CROSS : Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Social
CTRI : Comité technique régional et interdépartemental
DAGPB : Direction de l'administration Générale du Personnel et du Budget
DARES : Direction de l'animation de la recherche et des études statistiques
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS : Direction Générale de la Santé
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRSM : Direction Régionale Du Service Médical
DRT : Direction des relations de travail
DRTEFP : Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DSS : Direction de la Sécurité Sociale
EBA : Effectifs Budgétaires Attribués
EHESP : Ecole Des Hautes Etudes En Santé Publique
EN3S : Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale
ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique
ERSM : Echelon Régional du Service Médical
FNPEIS : Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires
FPE : Fonction Publique de l'Etat
FPH : Fonction Publique Hospitalière
FPT : Fonction Publique Territoriale
GIP : Groupement d'Intérêt Public
IGS : Ingénieurs du Génie Sanitaire
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
IMTMO : Inspection Médicale du Travail et de la Main d'Oeuvre
INET : Institut national des études territoriales
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité
IRIS : Inspection Régionale et Interdépartementale de la Santé
IRS : Inspection Régionale de la Santé
InVS : Institut national de Veille Sanitaire
LOLF : Loi Organique sur les Lois de Finances
MEN : Médecins de l'Education Nationale

MIR : Médecin Inspecteur Régional
MIRA : Médecin Inspecteur Régional Adjoint
MIRTMO : Médecin Inspecteur Régional du Travail et de la Main d'œuvre
MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique
MSP : Médecin de Santé Publique
PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
PH : Praticien hospitalier
PHISP : Pharmacien Inspecteur de Santé Publique
PHSP : Praticien hospitalier de santé publique
PIRES : Protocole d'Examen Spécial
PNIR : Plan National Inter Régimes de gestion du risque
PRAM : Programme régional de l'Assurance Maladie
PRH : Programme Régional Hospitalier
PRS : Programme Régional de Santé
PRSP : Plan Régional de Santé Publique
PSP : Praticien de Santé Publique
PST : Plan Santé au Travail
PU-PH : Professeur des Universités, Praticien Hospitalier
SMAMIF : Service Médical de l'Assurance Maladie d'Ile de France
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SROTS : Schéma Régional d'Organisation de la Transfusion Sanguine
SUMER : Surveillance Médicale des Risques professionnels
T2A : Tarification A l'Activité
UCANSS : Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance maladie

Annexe 4 : Les compétences médicales en Suède



Ambassades de France
Danemark Finlande Norvège Suède
Service santé et affaires sociales

Stockholm le 27 septembre 2006

Bureaux:

Kommendörsgatan 13
BOX 5135
102 43 STOCKHOLM
Suède

Tel: + 46 8 45 95 383

Fax: + 46 8 45 95 331

Email: alain.lefebvre@diplomatie.gouv.fr

**MISSION DE L'IGAS SUR LA COMPETENCE MEDICALE DANS LES
SERVICES DECONCENTRES : CAS DE LA SUEDE –REPONSE AU
QUESTIONNAIRE**

ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

La société suédoise est organisée en trois niveaux politiques et administratifs : l'Etat, les comtés et les municipalités. Chacun de ces niveaux joue un rôle important dans le système de santé et les conseils de comté et municipaux sont élus au suffrage universel direct tous les 4 ans.

Le rôle de l'Etat est de définir par les lois et textes réglementaires les principes fondamentaux de la politique de santé. La principale loi en la matière est celle de 1982 sur la santé publique et les services médicaux.

Les comtés ont la responsabilité de fournir les services de santé et de promouvoir la santé publique. Il y a 20 comtés et une commune (Gotland) exerçant le rôle de comté (raisons géographiques). Les comtés décident de la répartition des ressources allouées aux services de santé et assurent la planification générale de l'offre de soins (rôle de l'ARH en France).

Les municipalités, au nombre de 289, sont responsables depuis 1992 des soins aux personnes âgées et handicapées en dehors de l'hôpital, mais doivent aussi prendre en charge le coût de ces personnes si elles restent à l'hôpital faute de places en aval alors que leur état ne le justifie plus. Depuis 1995, elles ont aussi hérité la charge de l'hébergement, de l'occupation et du soutien fournis aux malades mentaux chroniques.

Les 21 comtés sont représentés dans une fédération des conseils de comté et les 289 municipalités dans l'association des communes. Depuis le 1^{er} janvier 2005, ces deux organisations ont fusionné en « Sveriges Kommuner och Landsting » soit « les municipalités et les comtés de Suède ». Cette fusion a pour objectif, entre autres, de résoudre les problèmes de partage des tâches entre les deux niveaux de décision, qui créaient des lacunes, notamment dans le secteur des personnes âgées.

Le système de soins est lui aussi organisé en 3 niveaux.

Il existe 8 hôpitaux régionaux (depuis la fusion de Karolinska et Huddinge le 1^{er} janvier 2004), qui disposent d'un grand nombre de spécialités et sous-spécialités, de services de pointe et de laboratoires très spécialisés. Ils sont aussi très impliqués dans la recherche.

65 hôpitaux de comté ou de district (une vingtaine sont des hôpitaux de comtés) assurent des soins somatiques dans diverses spécialités, soit dans les services d'hospitalisation, soit dans les soins ambulatoires. Ils sont aussi responsables des secteurs psychiatriques (découpage quasiment à l'instar de la France).

Les 1000 centres de santé primaires sont le niveau auquel la population doit pouvoir s'adresser pour tous ses problèmes de santé. Ces centres comprennent des médecins, des infirmières, des sage-femmes, des kinésithérapeutes et parfois des travailleurs sociaux. Les responsabilités dévolues à chaque profession sont assez différentes de ce qui existe en France. Les consultations ont en général lieu avec une infirmière, les prises de sang et visites bénignes avec l'aide infirmière, et le médecin ne voit que les patients plus graves.

Il existe quelques rares cabinets médicaux personnels.

MEDECINS-CONSEILS

Dans l'ensemble du pays l'on compte environ 600 médecins, du secteur public aussi bien que privé, travaillant quelques heures par semaine ou parfois à mi-temps comme médecins-conseils de l'assurance maladie. Les médecins-conseils ont un statut de fonctionnaire auprès des caisses de sécurité sociale (assurance maladie comprise) et leur rôle est de servir d'experts et de conseillers dans des questions de nature médicale. Ils sont tenus d'agir de façon à créer une bonne coopération entre la caisse de sécurité sociale au niveau local et les médecins exerçant dans la région en question.

Le médecin-conseil est chargé d'évaluer l'état de santé de l'assuré ainsi que son aptitude à l'emploi. Il a un rôle purement consultatif et n'a donc pas de contact direct avec le patient ni prend-il de décision concernant le droit aux indemnités, mais son évaluation doit se baser sur les données fournies par le médecin traitant. Il doit veiller à ce que le certificat médical fourni contienne suffisamment d'informations sur la maladie et ses effets sur la capacité du travail de la personne pour que les agents de la caisse puissent ensuite prendre des décisions en matière d'assurance.

Les médecins-conseils ont aussi un rôle important en ce qui concerne la distribution d'information et le contact avec les acteurs externes : médecins et autres professionnels de santé, autorités, employeurs, etc. Ils interviennent également dans la formation des fonctionnaires des caisses dans des matières médicales et participent à la formation continue des médecins en médecine d'assurance.

MEDECINE DU TRAVAIL

Selon la loi sur l'environnement du travail les employeurs doivent veiller à ce que leurs employés aient accès aux services de médecine du travail dont ils ont besoin compte tenu de leurs conditions du travail. D'après une décision de l'agence nationale de l'environnement du travail, l'employeur doit avoir recours à des services de médecine du travail lorsqu'il n'a pas les ressources nécessaires pour la rééducation ni pour l'adaptation du travail ou pour un travail systématique de santé au travail. Peu d'employeurs disposent en effet de telles ressources.

La médecine du travail est une ressource externe indépendante dans le domaine de l'environnement du travail et de la rééducation. Le plus souvent il s'agit d'une entreprise locale dont les propriétaires sont les clients, c'est-à-dire les entreprises avec lesquelles elle a un accord. Les services de médecine du travail disposent d'équipes pluridisciplinaires comprenant des infirmiers, des médecins, des ingénieurs spécialisés dans l'environnement du travail, des psychologues et des kinésithérapeutes. La médecine du travail est entièrement prise en charge par l'employeur.

SANTE SCOLAIRE

Selon la loi relative aux écoles tous les élèves de l'école de base et du lycée doivent avoir accès à des services de santé scolaire gratuits. Ces services sont fournis par un médecin et un infirmier scolaires. Le médecin est le plus souvent généraliste ou spécialiste en pédiatrie. L'infirmier a souvent une formation d'infirmier de district ou d'infirmier pédiatrique. Les services fournis sont principalement de nature préventive. Du point de vue de l'organisation les services de santé scolaires sont rattachés à l'école ce qui signifie que les médecins et infirmiers scolaires sont le plus souvent employés par les municipalités, responsables de l'organisation de l'enseignement primaire et secondaire.

PREVENTION DES MALADIES TRANSMISSIBLES ET PROMOTION DE LA SANTE

Selon la loi sur les maladies transmissibles tous les conseils généraux (21 en tout) doivent disposer d'un médecin épidémiologiste, désigné par la commission des soins sanitaires et médicaux du conseil général (ou une commission semblable). Le médecin épidémiologiste est à la fois une personne et une autorité propre responsable de la planification, de l'organisation et de la gestion du travail de prévention des maladies transmissibles au sein du conseil général en question. Il est aussi chef de l'unité des maladies transmissibles du conseil général disposant d'une équipe de médecins et d'infirmiers spécialisés en épidémiologie. Ces unités ont une coopération étroite avec les communes ainsi qu'avec d'autres acteurs. Dans le conseil général de Stockholm il y a dans chaque arrondissement de la ville de Stockholm ainsi que dans les 25 autres communes du comté un médecin de district responsable localement de la prévention des maladies transmissibles.

De façon générale la majeure partie du travail de santé publique se fait en Suède au niveau local et régional. Les actions de prévention et de promotion de la santé ont été intensifiées ces dernières années et environ 76 % des communes disposent aujourd'hui d'un conseil pluridisciplinaire sur la santé publique (normalement avec une représentation politique ainsi que des représentants des soins primaires, de la caisse de sécurité sociale, des services sociaux de la commune, etc.) chargé de suivre le développement sanitaire des habitants, d'initier, de gérer et de coordonner des actions de prévention et de promotion de la santé, de distribuer des informations en matière de santé publique, etc. La plupart des conseils généraux disposent aussi d'unités de santé publique constituant une fonction de support pour le travail de prévention et de promotion de la santé au sein du comté. Le rôle de ces unités est notamment de suivre le développement épidémiologique dans le comté, de développer des méthodes et des mesures de prévention, de conseiller et de distribuer de l'information et des connaissances en matière de santé publique. Dans le conseil général de Stockholm cette unité est devenue le « Centre pour la santé publique » avec 250 employés avec des profils divers : médecins, infirmiers, sociologues, psychologues, nutritionnistes, ergonomes, économistes, spécialistes de santé au travail, etc. Ce centre fournit des conseils aux décideurs et les personnes en charge de la planification sanitaire au niveau régional et local et organise des formations visant les professionnels de santé, le personnel des écoles, les associations, etc.

**Annexe 5 : L'organisation médicale au ministère de la
jeunesse, des sports et de la vie associative**

**Note de la direction des sports sur l'organisation médicale
au ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative (MJSVA)**

1) en administration centrale :

Trois médecins et un pharmacien contractuels sur emplois budgétaires chargés de mission à la direction des sports au sein du bureau de la protection du public, de la promotion de la santé et de la lutte contre le dopage.

Outre, leurs activités administratives et de conseil auprès de la directrice des sports, leur participation à l'élaboration des textes législatifs et réglementaires relatifs à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage, leur implication dans le suivi et le soutien de l'activité médicale au sein des fédérations sportives dans le cadre des conventions d'objectifs signées entre le MJSVA et les fédérations, et leur participation à des enseignements ou des formations en médecine du sport ou sur le dopage, chaque médecin remplit des missions spécifiques :

Médecin 1 :

- la coordination et le suivi des activités de prévention pilotées ou soutenues par le bureau, en matière de sport-santé (hors dopage) et notamment :
 - la mise en place d'une stratégie cohérente en matière de prévention des risques liés à une pratique sportive en lien avec l'ensemble des acteurs intervenants dans ce domaine
 - le développement d'outils de prévention et leur évaluation
 - le développement d'un réseau d'intervenants dans ce domaine

Médecin 2 :

- la coordination et l'harmonisation des actions de tous les intervenants dans la prévention du dopage: CPLD, CNOSF, MILDT, DRDJS, AMPLD, N° VERT,
- l'animation et le suivi des activités de prévention du dopage soutenues par la direction des sports
- le suivi et l'aide au développement du N° Vert « Ecoute –dopage »
 - évaluation et coordination des AMPLD
 - suivi et participation aux activités internationales liées au dopage

Médecin 3 :

- suivi des dispositions relatives à la surveillance médicale des sportifs de haut niveau
- animation du réseau des médecins conseillers
- suivi et soutien de l'activité médicale dans les établissements nationaux du MJSVA
- réfèrent des alertes sanitaires (grippe aviaire, SRAS, canicule, chikungunya...)

Le pharmacien remplit actuellement les missions suivantes :

- suivi des travaux internationaux et nationaux relatifs à la liste des substances et méthodes dopantes ;
- mise à jour régulière de la liste des spécialités pharmaceutiques françaises contenant des substances dopantes ;
- suivi technico-scientifique du Laboratoire national de dépistage du dopage (LNDD) ;

- membre de la délégation française au groupe de suivi de la convention contre le dopage du Conseil de l'Europe, (et puis auprès de la convention internationale contre le dopage de l'UNESCO après son entrée en vigueur) ;
- collabore avec l'agence mondiale antidopage sur les questions relatives aux substances et procédés dopants (membre du comité liste) ;
- apporte son expertise scientifique à la lutte contre les trafics de produits dopants et participe à l'animation du groupe technique national et des commissions régionales ;
- collabore avec l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, en tant que membre de la commission nationale des stupéfiants et des psychotropes ;
- interventions sur le dopage dans le cadre des enseignements universitaires et de la formation continue des professionnels de santé ;
- participe à la détermination des axes de recherche et de prévention dans le domaine de la lutte contre le dopage et leur coordination, en relation avec les autres agents du bureau et les partenaires institutionnels du ministère, en particulier avec la future agence française de lutte contre le dopage et son département des analyses.

2) dans les services déconcentrés :

Vingt quatre médecins conseillers (MC) auprès du directeur régional de la jeunesse et des sports, contractuels temps plein recrutés sur crédits et non pas sur emplois budgétaires. Ces postes ont été créés en 2000 dans le but de mettre en oeuvre les dispositions prévues par la loi Buffet n°99-223 du 23 mars 99 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage codifiée dans le code de la santé publique. Leur pérennisation a été confirmée pour les mêmes raisons avec la promulgation de la loi Lamour du 5 avril 2006 relative à la lutte contre le dopage et à la protection de la santé des sportifs récemment codifiée dans le code du sport.

Leurs missions sont précisées par deux instructions du ministère chargé des sports : l'instruction n° 99-212 relative à leur recrutement et l'instruction JS et 00-081 JS relative à leurs missions prioritaires que vous trouverez en annexe.

Au total, les MC se sont acquittés avec succès des missions prioritaires qui leur avait été fixées :

1. ils ont pu acquérir une bonne connaissance des publics, structures et problématiques liés à l'exercice régional de la médecine du sport et à la protection des pratiquants. Ils ont renforcé les capacités des structures de médecine du sport pour répondre aux enjeux des nouvelles réglementations. Ils ont multiplié les rencontres et contacts en direction des professionnels de médecine du sport (médecins de pôle, d'établissements de santé et/ou médico-sportifs...). Cette action est naturellement essentielle à la mise en place du suivi médical des sportifs de haut niveau. Ce travail a permis une meilleure prise en charge de l'ensemble des sportifs notamment en pôles et, pour certains, en partenariat avec le Rectorat, des élèves des sections sportives.
2. dans le domaine de la lutte antidopage :
 - a. Une antenne (AMPLD) est aujourd'hui agréée par région, ce qui souligne la réelle mobilisation des médecins conseillers sur ces dossiers et leur capacité à fédérer des partenaires.

- b. Les MC sont chargés d'animer les équipes régionales de lutte contre le dopage qui sont aujourd'hui structurées : un médecin de lutte antidopage et un correspondant antidopage dans chaque région et au total, sur le plan national 480 médecins préleveurs ayant bénéficié d'une formation spécifique sont opérationnels.
 - c. Le décret n° 2003-581 du 27 juin 2003 relatif à la transmission d'informations entre administrations dans le cadre de la lutte contre les trafics a permis la création, dans chaque région, d'une commission de prévention et de lutte contre les trafics de produits dopants placée sous la présidence conjointe du préfet et du procureur de la République, et composée de représentants des services des douanes, de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, de la police judiciaire (police et gendarmerie) et des sports. Le secrétariat de cette commission est assuré par la DRDJS. Le médecin conseiller a souvent participé à sa mise en place mais il est impliqué à des degrés divers dans le fonctionnement de la commission.
 - d. En complément de la planification des contrôles mis en place par l'administration centrale l'équipe régionale a élaboré des stratégies de mise en place des contrôles.
3. Dans le vaste domaine de la relation sport et santé, et en dehors des actions décrites précédemment, les médecins conseillers ont développé des actions dans des domaines tels que :
- La prévention des risques liés à la pratique sportive (y compris celui des conduites dopantes), notamment par des actions de proximité, de communication, de sensibilisation ;
 - La participation à des programmes de promotion de la santé et de réadaptation par les activités physiques et sportives, en particulier dans le cadre de programmes régionaux de santé. Un certain nombre de médecins conseillers font partie du comité régional du PNNS et/ou ont participé à l'élaboration du PRSP. Quelques-uns d'entre eux sont élus au conseil d'administration du GRSP
 - La prévention des drogues et dépendances, en partenariat avec les correspondants départementaux de la MILDT ;
4. Enfin, si le médecin conseiller est sans conteste l'animateur de l'équipe médicale régionale au sein de la DRDJS il prouve notamment, par la plupart de ses actions, son intégration progressive dans le paysage sanitaire régional et son identification par de nombreux partenaires institutionnels.

L'action des MC ne s'est toutefois pas limitée aux missions prioritaires évoquées ci-dessus. Ils interviennent également dans les domaines suivants :

- la recherche,
- la formation et l'enseignement en médecine du sport (DESC, DU, capacité), en sport (BPJEPS, STAPS) et sur le dopage
- l'alerte et la veille sanitaire (participation plan d'urgence : canicule, grippe aviaire, Chikungunya, méningite...)
- les problématiques de santé en lien avec les accueils collectifs de mineurs pendant leurs vacances et leurs loisirs (projet d'accueil individualisé des enfants ayant un problème de santé)

Les médecins conseillers constituent donc une force d'action de santé publique très importante, quel que soit l'avenir des actions relatives à la santé au sein du Ministère chargé des sports. En particulier, ces personnels peuvent constituer les fers de lance d'une politique commune aux Ministères des sports et de la santé pour la promotion des activités physiques en tant que facteur positif de santé et pour une réduction des risques liés à ces pratiques. Des projets en ce sens ont déjà été développés dans l'ensemble des régions.

A la lumière des grandes lignes fixées par l'administration centrale (LOLF) et devant l'augmentation de leur activité qui a tendance à s'élargir, notamment s'étendre dans le domaine du contrôle et de l'inspection (labellisation des pôles, évaluation des APLMD, agrément des structures réalisant des épreuves d'effort...) un recadrage de leurs missions et de leurs futurs objectifs opérationnels est actuellement en cours de réflexion, associant les médecins conseillers, les directeurs régionaux de la jeunesse et des sports et la direction des sports.

3) dans les établissements nationaux :

Dans le but de protéger la santé des sportifs fréquentant les établissements nationaux du MJSVA : Institut national des sports et de l'éducation physique (INSEP), les centres régionaux d'éducation populaire et sportive (CREPS) et l'école nationale de ski et d'alpinisme (ENSA) ; 18 postes de médecins et un emploi de chef de département y ont été implantés. Ces postes sont occupés par des médecins contractuels recrutés à temps plein ou à mi-temps sur budget de l'Etat. Leurs missions sont :

- la délivrance du certificat médical de non contre indication à la pratique compétitive ;
- la surveillance médicale des sportifs de haut niveau et des sportifs inscrits dans les filières d'accès au sport de haut niveau, dans le respect de la réglementation en vigueur ;
- la dispense des soins lorsque l'état de santé du sportif le requiert ;
- l'information régulière des sportifs et des membres de l'encadrement technique sur le dopage et ses conséquences sur la santé ;
- veiller à l'adaptation des charges d'entraînement à l'état de santé des sportifs, dans le respect du secret médical et professionnel ;
- la participation aux travaux de recherche, de documentation et de publication de l'établissement dans le domaine médical ;
- la participation à des actions de prévention et/ou d'éducation à la santé à destination des sportifs, des entraîneurs et des cadres techniques.

Il est à noter qu'actuellement il semble que les actions de prévention et/ou d'éducation à la santé ne soient pas très développées excepté dans le domaine du dopage. L'activité de recherche semble elle aussi assez réduite pour le moment mais la création effective au 1/09/2006 à l'INSEP, en partenariat avec l'INSERM, l'université Paris V et l'Assistance Publique/Hôpitaux de Paris, d'un institut de recherche biomédicale en épidémiologie du sport (IRMES), centré sur le sport de haut niveau qui doit s'appuyer sur un réseau national et régional en Ile de France, devrait inverser cette tendance.

Par ailleurs, il faut préciser aussi que tous les établissements nationaux ne sont pas pourvus en postes de médecins sur budget de l'Etat. Ceux qui en sont dépourvus ont recruté des médecins, le plus souvent des vacataires, sur leurs fonds propres.

4) Conclusion

Il est à noter que les missions des médecins et pharmaciens d'administration centrale ainsi que des médecins conseillers sont appelées à évoluer de façon significative, à court terme, en raison du transfert des compétences opérationnelles dans le domaine du dopage vers une agence indépendante, et le recentrage des activités du ministère en la matière sur la coordination et le pilotage d'actions de prévention et de recherche.

Au delà de ces évolutions, le tableau précédemment brossé montre les besoins réels en médecins qui doivent être satisfaits au sein de notre administration. Cependant, pour cette catégorie de personnel il ne faut pas sous-estimer les problèmes de recrutement et de carrière propres au dispositif de contractuels mais aussi ceux liés à la démographie médicale et ceux propres à la discipline de médecine du sport (discipline non reconnue en France comme une spécialité médicale mais comme une compétence, la mise en place récente d'un DESC en médecine du sport n'a pas encore permis la formation de médecins du sport de manière significative en nombre).

Par ailleurs, même si les dispositions de la loi n° 2005-843 du 26 juillet 2005 portant diverses mesures de transpositions du droit communautaire à la fonction publique prévoient pour les agents contractuels, après six ans d'ancienneté dans la fonction publique, la transformation de leurs contrats à durée déterminée (CDD) en contrat à durée indéterminée (CDI), la revendication d'un véritable statut et d'une réelle évolution de carrière par ces professionnels de santé demeure.

Dr. Gilles EINSARGUEIX

Bureau de la protection du public, de la promotion de la santé et de la lutte contre le dopage

Sous direction de l'action territoriale



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
DIRECTION DES SPORTS
Sous-Direction de l'action territoriale

Bureau de la protection des sportifs et du public

DS/5 N°
Affaire suivie par :
Docteur Nicolas PRISSE/GH
Tel. : 01 40 45 97 28
Fax : 01 40 45 97 56

PARIS, le 12 MAI 2000

La Ministre de la Jeunesse et des Sports

A

INSTRUCTION N° 00 - 0 8 1
JS

Madame et Messieurs les Préfets de région
(Directions régionales de la jeunesse et des sports)
-Pour attribution-

Mesdames et Messieurs les Préfets de département
(Directions départementales de la jeunesse et des sports)
-Pour attribution-

Mesdames et Messieurs les Directeurs des établissements nationaux
-Pour information-

OBJET : Missions prioritaires des médecins conseillers

PJ. : Loi du 23 mars 1999 relative à la protection des sportifs et à la lutte contre le dopage et textes d'application déjà publiés
Etat d'avancement des autres projets de textes d'application.

L'objet de cette instruction est de déterminer les actions **prioritaires** que devront développer les médecins conseillers auprès des directeurs régionaux. Elle n'exclut naturellement pas l'ensemble des actions envisagées dans l'instruction 99-212 JS.

Les missions prioritaires des médecins conseillers doivent s'inscrire dans le cadre de la mise en oeuvre de la loi du 23 mars 1999 relative à la protection des sportifs et à la lutte contre le dopage.

./...

Les médecins conseillers ne doivent donc pas personnellement réaliser les contrôles antidopage, afin qu'ils puissent coordonner et évaluer en toute impartialité l'équipe régionale dont ils ont la charge et dont font partie les médecins préleveurs et le médecin de la lutte antidopage.

Le médecin conseiller devra également, afin d'étoffer l'équipe des médecins préleveurs, promouvoir cette activité dans le milieu des médecins salariés, notamment à temps partiel, contractuels ou vacataires, hospitalier ou travaillant dans les structures sanitaires et sociales, nombreux à devoir être intéressés par la fonction. Les médecins conseillers devront donc tenter de **recruter** certains de ces médecins dans leur pool de médecins préleveurs.

Il conviendra de veiller particulièrement à la **formation initiale et continue** de ces personnes qui sera fixée par un arrêté de la Ministre chargée des sports après avis du Conseil de prévention et de lutte contre le dopage (article 3 du décret 2000-262 du 22 mars 2000 relatif à l'agrément et à l'assermentation des fonctionnaires du ministère de la jeunesse et des sports et des médecins chargés des contrôles).

□ Création et fonctionnement des antennes médicales de lutte contre le dopage

L'article 2 de la loi du 23 mars 99 prévoit la création d'antennes médicales de lutte contre le dopage (AMLD) dont les principales missions sont : le suivi, le soutien et la veille sanitaire.

Il est prévu pour 2000, l'ouverture de 3 à 4 antennes dans des régions-pilotes. Il sera demandé aux médecins conseillers concernés une évaluation continue de l'activité de ces structures-tests afin de prévoir, en 2001, l'extension de ce dispositif à l'ensemble des régions dans les meilleures conditions.

3. Contacts institutionnels

Dans l'esprit du travail des cellules régionales de lutte contre le dopage et afin de préparer au mieux les travaux à venir en direction des sportifs et des jeunes, notamment dans le cadre de la prévention sanitaire, il apparaît essentiel que d'emblée les médecins conseillers prennent contact avec leurs homologues des DRASS, DASS, ARH, rectorats et services académiques afin d'amorcer les bases d'un **travail de réseau**.

Vous voudrez bien me rendre compte, sous le présent timbre, de toute difficulté que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre des dispositions de cette instruction.

Pour la Ministre
et par délégation
Le Directeur des Sports

JOËL DELPLANQUE

SUIVI DES DECRETS D'APPLICATION DE LA LOI N° 99-223 DU 23/03/99
RELATIVE A LA PROTECTION DE LA SANTE DES SPORTIFS ET A LA LUTTE CONTRE LE DOPAGE (DS/S)

Articles	OBJET DU TEXTE	ETAT D'AVANCEMENT
2	Décret : Conditions d'agrément et de fonctionnement des antennes médicales de lutte contre le dopage	Décret n° 2000-378 du 28 avril 2000 fixant les conditions d'agrément et de fonctionnement des antennes médicales de lutte contre le dopage prévus à l'article 2 de la loi 99-223 du 23 mars 1999.
3	Décret : cahier des charges des sociétés nationales de programme (SNP) Décret : Charte de bonne conduite des partenaires officiels des événements sportifs	Texte en cours d'élaboration Texte en cours d'élaboration
4	Décret : contribution des établissements pharmaceutiques à la lutte contre le dopage	Réunion avec le conseil de l'ordre des pharmaciens le 22/12/99 et avis du 7/3/2000 ; en attente de l'avis de l'AFSSAPS, AFSSA (saisie le 1 ^{er} /02/2000/relance le 10 avril 2000)
5	Arrêté : liste déterminant les disciplines pour lesquelles un examen approfondi est nécessaire préalablement au certificat médical	Arrêté du 28 avril 2000 fixant la liste des disciplines sportives pour lesquelles un examen médical approfondi est nécessaire en application de l'article 5 de la loi n° 99-223 du 23 mars 1999, publié au J.O.R.F. le 30 avril 2000
11	Décret en Conseil d'Etat : transmission par les médecins des données individuelles relatives au cas de dopage/garanties du respect de l'anonymat	Texte en cours d'élaboration
12	Décret en Conseil d'Etat : surveillance médicale des licenciés inscrits dans les filières d'accès du sport de haut niveau assurée par les fédérations sportives Arrêté conjoint MJS/santé sur la nature et la périodicité des examens médicaux (suivi médical longitudinal des sportifs de haut-niveau)	Avis favorable sur les orientations lors de la CNSHN le 21/01, texte en cours de rédaction avec DS/2 Arrêté du 28 avril 2000 fixant la nature et la périodicité des examens médicaux assurés dans le cadre de la surveillance médicale des sportifs de haut niveau publié au J.O.R.F. le 30 avril 2000
14	Nomination des membres du Conseil de prévention et de lutte contre le dopage (CPLD) Décret : prestation de serment des membres du CPLD.	- Décret signé le 15 juin 1999, publié au J.O.R.F. le 17 juin 1999 - Décret n° 99-620 du 15 juillet 99, publié au J.O.R.F. le 18 juillet 1999
17	Décret en Conseil d'Etat organisation et procédure du CPLD	- Décret n°2000-274 du 24 mars 2000 relatif à la procédure disciplinaire devant le CPLD et au fonctionnement de celui-ci.
20	Arrêté : liste des substances interdites Décret en Conseil d'Etat relatif à l'agrément et à l'assermentation des fonctionnaires du MJS et des médecins chargés des contrôles antidopage.	Arrêté signé le 2 février 2000 (publié au J.O.R.F. le 7 mars 2000) - Décret n° 2000-262 du 22 mars 2000 relatif à l'agrément et à l'assermentation des fonctionnaires du MJS et des médecins chargés des contrôles. - Arrêté du 24 mars 2000 fixant une 1 ^{re} liste d'agrément des médecins, arrêtés du 3 avril et du 14 avril 2000. - Arrêté du 31 mars 2000 relatif à l'agrément des fonctionnaires du MJS. - Arrêté du 3 mai 2000 relatif à l'agrément des médecins.
21	Décret en Conseil d'Etat : détermination et modalités des examens et prélèvements autorisés lors des contrôles antidopage	Texte actuellement soumis au CPLD (saisine du 29 mars 2000).
24	Décret : communication des renseignements obtenus lors des enquêtes entre divers agents (douanes, DGCCRF, O.P.J.,...)	Texte en cours d'élaboration
25	Décret en Conseil d'Etat : règlements disciplinaires des fédérations sportives agréées (contrôles/procédures disciplinaires)	Avis rendu par le CPLD le 7 février 2000, nouvelle saisine de la santé/justice le 07/4/2000 avant saisine du Conseil d'Etat.

Annexe 6 : Liste récapitulative des propositions de la mission

Liste des propositions

<i>thème</i>	<i>N° prop</i>	<i>Intitulé de la proposition</i>	<i>Directions pilote</i>	<i>Renvoi rapport</i>
1 recrutement	1.1	- maintien d'un recrutement des MISP et renforcer l'effectif des MIRTMO	DAGPB DAGEMO	p41 synthèse et p30 Mirtmo
	1.2	- faire évoluer le concours de recrutement des MISP et des médecins contractuels : entretien d'embauche, détection des profils de compétences à partir des travaux des candidats	DAGPB	P57 synthèse
	1.3	- ouvrir plus largement le corps aux médecins territoriaux ; ouvrir l'accès au corps par les différentes voies disponibles, en particulier aux détachements entrants ; vérifier la condition de diplôme au moment de la demande d'intégration	DAGPB	P23 Misp
	1.4	- poursuivre recrutement des contractuels, notamment dans régions en difficultés	DAGPB	P21 Misp
	1.5	diversifier le profil des équipes de MIRTMO	DGT	P40 Mirtmo
2 formation	2.1	- revoir la formation initiale de l'ENSP : parcours individualisé et contractualisé en supprimant la césure FI/formation continue - modulariser la formation , contractualiser, individualiser - formation à l'ENSP ou dans universités labellisées cf. projet EHESP	DAGPB	P43 synthèse P25 Misp P26 Misp
	2.2	- rendre le MIR tuteur des MISP en formation dans sa région	DAGPB	P44 synthèse
	2.3	- préparer l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins concernés	DGS DGT	P61 synthèse ; P31 Misp et P39 Mirtmo
	2.4	- transformer l'internat de santé publique : introduire internat « européen » pour les MISP, évaluer impact propositions Berland (modification internat national classant vers interrégional) - réfléchir à l'adéquation du contenu des enseignements aux métiers de la santé publique	DGS	P29 Misp P9 synthèse
	2.5	- faire respecter le droit et l'obligation de formation continue des MISP	DAGPB	P29s Misp
	2.6	- organiser une formation initiale et continue pour les MIRTMO dans un parcours individualisé porté par l'inspection médicale du travail, avec INTEFP et ENSP - rendre obligatoire une formation initiale organisée par ENSP/INTEFP	DGT	P31 Mirtmo P40 Mirtmo
3 missions	3.1	- homogénéiser les tâches des MISP et réinvestir le sanitaire	DAGPB	p31 synthèse

	3.2	- recentrer les MSP sur les taches non cliniciennes ; pour les avis sur étrangers malades, concentrer les Misp sur la seule vérification du respect de la procédure	DPM DGS	P52 synthèse P32 Misp
	3.3	- prévoir la possibilité de déléguer des taches à d'autres médecins (cf. contrôles inspection sur cahier des charges dans régions difficultés), à des infirmières (association aux contrôles inspections)	DAGPB	P53 synthèse
	3.4	- réviser les missions des services déconcentrés (cf. propositions des CTRI) - revoir les modalités d'intervention sur les visites de conformité des établissements	DAGPB DHOS	P32 Misp
	3.5	- appliquer les propositions de la mission 2004-038 sur l'agrément services de santé au travail	DGT	P20 Mirtmo
	3.6	- réévaluer la procédure sur les avis pour (in)aptitude	DGT	P23 Mirtmo
4 statut	4.1	- créer un corps de praticien de santé publique en alignant le statut des MISP sur celui des praticiens hospitaliers	DGS-DHOS- DAGPB	P58 synthèse P26 Misp
	4.2	créer un statut d'emploi pour tous les médecins de santé publique (Misp, Mirtmo etc)	DAGPB DAGEMO	P55 synthèse ; P26 Misp ; P40 Mirtmo
	4.3	- à défaut, reprofilage du corps des Misp : revaloriser le niveau d'entrée et linéariser la carrière	DAGPB	P27 Misp
	4.4	- titularisation ou intégration des MISP après durée d'apprentissage et jury	DAGPB	P60 synthèse
	4.5	- étudier revalorisation des primes pour régions difficiles, fonctions MIR	DAGPB	P28 Misp
	4.6	- poursuivre l'accès aux fonctions de direction pour les MISP	DAGPB	P28 Misp
5 organisation	5.1	instaurer un coordonnateur des équipes médicales au sein des services IDS et MIRTMO pour assurer l'interface avec les directions ; - organiser la délégation des responsabilités au sein des équipes de MIRTMO	DAGPB DGT	p30 synthèse ; p30 Mirtmo P52 synthèse
	5.2	- maintenir le double rattachement des MIRTMO au DRTEFP et à l'IMTMO	DGT	P37 Mirtmo
	5.3	- affirmer le rôle des services déconcentrés comme représentant de droit commun des agences nationales	DGS	P51 synthèse
	5.4	- constituer une IRIS au sein des DRASS-DDASS	DAGPB	P50 synthèse ; P33s Misp
		- confirmer l'autorité du préfet de département sur la DDASS pour la gestion des crises et sa faculté à mobiliser des moyens de l'IRIS	DAGPB	P50 synthèse
		- affectation des nouveaux médecins en DRASS	DAGPB	Id.
		- notation du MIR par le DRASS après avis des DDASS	DAGPB	Id.

		- un MISP par DDASS au minimum	id	Id.
		- diffuser cette organisation par un texte	id	Id.
	5.5	- placer l'IRIS sous l'autorité hiérarchique du MIR	id	P51 synthèse
		- fonctionnaliser le poste de MIR	id	Id.
		- faire siéger le MIR au CTRI sans voix délibérative		Id.
	5.6	- organiser les collaborations entre CIRE et cellules régionales pluridisciplinaires par convention tripartite locale DRASS/DRTEFP/InVS)	DGS/DGT	P53 synthèse
	5.7	- travailler sur l'intersectoriel via les médecins directement et leurs directions : santé, éducation nationale, CRAM	DGS/DSS	P35 Mirtmo P41 Mirtmo
		- à l'initiative des DRTEFP, établir des coopérations avec les services prévention des CRAM, à intégrer dans la convention d'objectifs et de gestion	DGT/DSS	P53 synthèse
		- créer un conseil régional des MSP, présidé par le MIR ; initiative du ministère de la santé	DGS	P54 synthèse
		- construire des actions interministérielles au niveau régional autour des pôles régionaux de santé (affaires sociales, travail, éducation, jeunesse et sports) sous l'égide du préfet	DGS	P58 synthèse
6 fonctionnement	6.1	- inciter les directions (CTRI) à passer des commandes au collège des MISP - ordres du jour et comptes rendus du collège des MISP à diffuser aux directions	DAGPB	p30 synthèse
	6.2	- mettre en place un dispositif d'accompagnement à la mobilité	DAGPB	p45 synthèse
		- créer obligation de déclaration de liens personnels pouvant donner lieu à conflits d'intérêts	id	P43 synthèse ; P41 Mirtmo
		- prohiber les missions d'inspections contrôle sur les sites dans lesquels les médecins sont connus des praticiens	id	P43 synthèse
		- imposer une mobilité géographique pour tout accès à une responsabilité (chef de service ou emploi fonctionnel)	id	P43 synthèse
	6.3	- rappeler par instruction que le MSP est responsable de ses avis, doit travailler avec les autres professionnels et être associé aux décisions	DGS	P44s synthèse
	6.4	- ouvrir les fonctions de coordonnateur de CIRE, MIRTMO, MIR, MCTR aux universitaires, à temps limité, sur leur temps hospitalier	DAGPB	P58 synthèse
		- développer les collaborations et les associations entre équipes hospitalières et les services déconcentrés	DGS/DHOS	P58 synthèse
	6.5	- créer un portail professionnel pour les Misp	DAGPB/DGS	P33 Misp

	6.6	- renforcer l'animation du réseau par l'inspection médicale du travail (notamment à travers la révision du modèle de rapport d'activité des MIRTMO)	DGT	P12 et 37 Mirtmo
	6.7	- mettre en place une évaluation individuelle des MIRTMO	DGT	P32 Mirtmo
	6.8	- organiser le pilotage des services de santé : recentrer les MIRTMO sur le fonctionnement au regard des politiques de santé en associant des fonctions administratives pour l'agrément ; organiser la circulation numérisée des informations avec les médecins du travail ; - donner un contenu aux contrats d'objectifs : actions adaptées au contexte, sélectivité des choix et des indicateurs, en référence aux marges de progrès et aux intérêts communs dans services contractants - redécouvrir la fonction inspection	DGT DGT	P42 Mirtmo P43 Mirtmo P43 Mirtmo