

# Réflexions et propositions du SMISP-UNSA à propos d' un corps interministériel des médecins de santé publique de l'Etat et de sa doctrine d'emploi

Décembre 2015

## A - Introduction : Pourquoi ce document ?

Lors du séminaire du SMISP-UNSA à Lille les 5 et 6 juin 2015, les participants ont partagé certains constats particulièrement inquiétants pour l'avenir du corps des MISP qui, finalement, se résumaient à une question : **l'Etat souhaite-t-il conserver à terme un corps de MISP à son service ?**

Les raisons de cette interrogation sont multiples :

- une évolution de l'équilibre des missions au sein des ARS, lieu d'exercice quantitativement dominant des MISP, au détriment de certains domaines fortement investis par les MISP, amenant à s'interroger sur l'avenir des fonctions d'inspection-contrôle, de veille et sécurité sanitaires, voire de prévention. Cette interrogation ne nous est pas propre : elle est aussi partagée par nos collègues PHISP, mais aussi, à un tout autre niveau par les sénateurs de la MECSS qui dans leur rapport d'évaluation des ARS, paru en février 2014, mentionnaient que les "missions qui ne se rattachent pas directement à l'organisation de l'offre de soins sur les territoires" étaient "facilement détachables de leur (celui des ARS) coeur de métier".
- publication des postes de MARS pour des médecins conseil à la sortie de l'EN3S, dont le contenu est analogue à celui d'un poste de MISP et cela dans le contexte d'instabilité des missions en ARS. Il apparaissait en effet aux participants au séminaire que les ARS étaient le lieu d'émergence d'un questionnement radical sur la place des MISP dans l'administration de la santé, alors que la situation des collègues en administration centrale, en agence nationale ou en détachement ne provoquait pas les mêmes interrogations. Ce constat s'explique, au delà de la question centrale de l'équilibre des mission, déjà mentionnée, par deux types de raisons :
  - la coexistence au sein des ARS de groupes professionnels, à la fois proches et différents, juxtaposés sans perspective de convergence organisée, aboutissant même à un creusement des écarts de positionnement professionnel et de situation matérielle, faisant aujourd'hui clairement douter de la notion, pourtant méthodiquement claironnée de "maison commune";
  - un discours et une pratique managériale visant à discéditer le travail des fonctionnaires de l'Etat dans le secteur sanitaire. L'honnêteté oblige ici à dire que ce constat est à moduler fortement selon les ARS, même si sa validité générale nous semble acquise;
- absence de concours de recrutement organisé en 2015; cette situation intervenant au terme de nombreuses années de difficultés de recrutement, dues à un manque d'attractivité du métier;
- dissolution complète de la filière de formation des MISP à l'EHESP;
- modalités plus que floues d'organisation et de financement du DPC;

Ces constats sont renforcés par une prospective à 3 ans émanant de la DRH ministérielle, indiquant que, d'une part l'effectif actuel du corps était passé sous la barre des 500 (dans le passé, le chiffre a atteint 600) et que, d'autre part une diminution était programmée pour les années à venir. Un effectif global de l'ordre de 300 MISP constitue selon nous une hypothèse tout à fait envisageable à moyen-terme.

Il faut aussi remarquer que nos collègues PhISP connaissent dans le même temps un arrêt du recrutement et de leur formation initiale. Une tendance analogue existe aussi dans le secteur santé-environnement. Ces constats font évoquer un phénomène systémique plutôt qu'un simple accident momentané.

En définitive, le séminaire de Lille a été l'occasion de formuler une alternative assez radicale :

- soit le corps des MISP n'a pas d'avenir et il faut aller vers un processus de mise en extinction organisé;
- soit les MISP ont un avenir, mais alors il faut très certainement en passer par une étape de redéfinition du métier (pour ne pas dire de refondation totale).

Pour choisir entre les deux branches de l'alternative, il a semblé pertinent d'en passer par une phase de réflexion autour d'une "doctrine d'emploi pour un corps de médecins de santé publique, fonctionnaires d'Etat, dotés de compétences d'inspection". Il est évident que ce travail autour d'une doctrine d'emploi est du ressort de l'employeur, c'est à dire l'administration centrale du ministère de la santé. Nous avons eu l'opportunité de faire part de nos interrogations au SGMAS au printemps 2015 sans obtenir de réponse consistante. Aussi, nous a-t-il semblé nécessaire de compléter la réflexion syndicale sur l'avenir du corps. Ce document de nature professionnelle, syndicale a pour objectif de constituer notre cadre d'analyse et de proposition qui trouvera sa place, nous l'espérons dans la dynamique de dialogue social ministérielle ou même interministérielle

Cette perspective est encore renforcée par la polémique récente, lancée à un très haut niveau de l'Etat sur la nécessité de faire évoluer le statut des fonctionnaires, ce qui peut, certes, correspondre à un "simple" toilettage juridique des textes régissant les fonctions publiques, mais peut-être aussi à un chantier beaucoup plus vaste de redéfinition des modes d'intervention de l'Etat et du champ d'action confié aux fonctionnaires par rapport à d'autres catégories de personnels.

Pour terminer cette introduction, soulignons trois points structurants :

-tout d'abord, notre perspective est prioritairement tournée vers l'avenir. Nous partons, certes, de l'actualité mais nous pensons d'abord aux plus jeunes d'entre nous et à ceux qui viendront ensuite. Evidemment, la situation des actuels MISP est prise en compte, mais en s'inscrivant dans une perspective de long terme;

-ensuite, nous assumons ici totalement une approche par corps, puisque tel est aujourd'hui le mode d'organisation des fonctionnaires de l'Etat. Si dans l'avenir, l'Etat choisit d'autres types de cadres d'emploi pour ses fonctionnaires, nous verrons alors comment s'y adapter. Notre objet est de penser la raison d'être d'un corps de médecins spécialistes en santé publique, fonctionnaires de l'Etat et dotés d'une compétence particulière d'inspection, ces fonctionnaires ayant vocation à travailler dans des lieux diversifiés et certainement pas seulement en ARS. Nous assumons ici – et c'est bien le rôle d'un syndicat – de parler de recrutement, de formation, de déroulement de carrière, de rémunération, en plus, bien entendu des missions.

-enfin, le troisième point porte précisément sur les missions. Nos interrogations, confortées par l'analyse de la MECSS et sans doute partagées par d'autres acteurs, conduisent inéluctablement à se demander si le lieu de mise en œuvre de telle ou telle mission pourrait être amené à évoluer. Nous sommes évidemment conscients que cette réflexion n'est pas de notre seul ressort (c'est le moins qu'on puisse dire !), mais nous ne nous sommes pas interdits d'y penser.

## B – Où en sommes-nous aujourd'hui ?

### 1) Des médecins de santé publique de l'Etat insuffisamment reconnus et mal utilisés

Les médecins inspecteurs de santé publique sont des professionnels de santé publique qui relèvent de la fonction publique d'Etat, et c'est bien sous les deux aspects du métier et du statut qu'il faut décrire le malaise important qui démobilise la profession.

Ce malaise est d'abord lié à la faible reconnaissance de la santé publique dans notre pays. Bien que relevant d'une discipline parfaitement reconnue dans le monde académique, la santé publique reste peu reconnue et insuffisamment valorisée au moment de la définition des politiques publiques. Compte tenu de la faiblesse apparente des enjeux financiers qu'elle représente encore face à la prééminence du soin, elle ne dispose pas des conditions de mise en œuvre suffisantes pour conduire de façon réellement efficace et mesurable à la protection de la population et à une meilleure performance du système de santé.

Deux faits majeurs ont récemment contribué à la déstabilisation : l'évolution de la démographie médicale et l'émergence des ARS, qui ont cristallisé les problèmes sous-jacents.

- a) Concernant l'évolution de la démographie médicale, la spécialité de santé publique, moins attractive que d'autres spécialités médicales, souffre plus que les autres aujourd'hui de la pénurie de médecins, ce qui explique par exemple la baisse drastique des recrutements à l'EHESP. Le corps médical dans son ensemble est vieillissant<sup>1</sup>, mais surtout les générations des années cinquante sont surreprésentées, ce qui induit dès maintenant des vagues de départ à la retraite<sup>2</sup>, qui sont certainement plus déstabilisantes s'agissant du secteur fragile de la santé publique. C'est en tout cas ce que l'on observe ces dernières années dans le corps des MISP : recrutement au plus bas (quelques unités par an) et départs en retraite massifs (plusieurs dizaines par an).
- b) L'émergence des ARS que les médecins inspecteurs ont souhaitée est restée très décevante : en premier lieu, nous n'avons pas observé que les agences régionales s'approprièrent une vision globale de santé publique. Au-delà de la mention des programmes régionaux, des indicateurs de performance, des développements des directions de la stratégie, ce sont bien une organisation en silo et une énergie des agences orientée pour l'essentiel sur le monde hospitalier qui guident le quotidien. Cinq ans après la création des ARS, seule la veille sanitaire nous semble avoir progressé nettement par rapport à l'époque précédente. Comme pour tout changement important, nous pensons que le Ministère saurait accompagner ses agents mais la souffrance au travail qui a résulté de la réforme est unanimement observée (référence notamment au rapport de la MECSS) sans que nous apercevions de signes positifs de la part des deux gouvernements qui se sont succédés, tant sur cette question que sur celle d'un audit de la réforme. Par ailleurs, les fonctionnaires d'Etat ont été mis à disposition des nouveaux établissements publics que sont les ARS sans préparation suffisante. Cela a été l'occasion de supprimer les inspections régionales de la santé et la fonction de médecin inspecteur régional, de disperser les médecins dans les différents services, de supprimer la plupart du temps les collèges régionaux, d'éloigner les médecins des fonctions de direction, de dévaloriser les agents de l'Etat dont également les médecins. Plus inquiétant encore, les nouvelles structures qui se sont mises en place organisent bien souvent la perte de leur propre mémoire, en confiant des missions courtes et segmentées à des agents mis à disposition issus, par exemple du monde hospitalier, et n'ayant pas été formés aux approches et aux outils de santé publique.

---

<sup>1</sup> Selon le Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom), l'âge moyen des médecins est de 49 ans pour les femmes et de 53 ans pour les hommes

<sup>2</sup> Pour le Cnom toujours, les médecins de plus de 60 ans représentent plus de 25% des effectifs en activité

Au-delà du champ des ARS, nous défendons la même vision globale pour le système de santé et nous observons une autre segmentation au sein des médecins inspecteurs de santé publique qui exercent aujourd'hui en Administration centrale, en ARS, en détachement en divers lieux et se trouvent pour certains d'entre eux en disponibilité (centres hospitaliers, associations, ONG, etc..). Cette diversité de position professionnelle signe deux phénomènes de nature différente : les MISP recherchent certainement la diversité de l'exercice professionnel, mais pour partie d'entre eux, elle s'impose par les faits quand les ARS leur sont insupportables et que d'autres employeurs recherchent leurs compétences. Soulignons ici l'inquiétant paradoxe de constater que les MISP en détachement dans des départements ministériels autres que celui de la santé se déclarent bien souvent plus en accord avec leur convictions de professionnel de santé que les collègues basés en ARS ou en administration centrale ... Il faut en effet rappeler que le ministère de la santé n'est pas le seul acteur administratif capable d'agir sur la santé de la population; de puissants déterminants de santé sont à la main d'autres départements ministériels. Il nous semble qu'aujourd'hui un enjeu majeur est d'une part de fédérer l'approche sanitaire au sein de l'Etat, et, d'autre part de rechercher une meilleure articulation avec les acteurs non-étatiques, au premier rang desquels nous plaçons les collectivités territoriales

Si nous gardons le parti que la Santé publique est en France mal lotie, éclatée, faible, cela ne vaut pas que pour le seul exercice des MISP, mais également pour celui des autres professions médicales acteurs de santé publique, que ce soit au sein d'autres services de l'Etat, des agences, que des fonctions publiques territoriales et hospitalières, ainsi que des associations et des ONG.

Concernant leur **statut**, comme tous les fonctionnaires d'Etat, les médecins inspecteurs de santé publique ont connu la réforme des politiques publiques, RGPP suivie de la MAP, tout cela depuis 2008 dans un contexte de crise économique au cours de laquelle les décideurs n'ont pas épargné les classes populaires et les classes moyennes où se retrouvent la plupart des fonctionnaires.

- 2) Dans la mesure où le corps accédait en 2010 à une carrière aboutissant à l'échelle D, mais où aujourd'hui aucune proposition nous concernant n'est avancée par notre ministère, nous pouvons dire que ces quatre dernières années ont été pour les médecins inspecteurs de santé publique, fonctionnaires d'Etat, l'occasion d'un réel recul statutaire.

### 3) Pour continuer à agir

Les conditions d'exercice ont donc évolué et la question n'est pas tant celle de la conservation d'une position statutaire que celle de la bonne posture pour exercer la santé publique dans un monde qui évolue sans cesse et duquel nous sommes partie prenante en tant que citoyens, professionnels, et acteurs du changement.

Les processus de développement des agences nationales puis régionales, sont certainement liés dans le champ sanitaire à une analyse propre du système de santé mais aussi tout autant à une volonté de l'Etat qui concernait tous les Ministères et a été portée par la RGPP puis la MAP. Derrière ces mouvements administratifs, l'allègement de l'Etat (qui, amaigri deviendrait plus stratégique) est désiré par l'Union européenne et s'inscrit dans le cadre du « New public management » que porte notre Ministère des finances devant nos différents gouvernements.

Prenons donc acte de cette situation qui semble être trop organisée, trop développée aujourd'hui, quelle que soit l'équipe dirigeante, pour que nous puissions la remettre en question quant à ses principes.

Dans ce contexte pourtant difficile, nous faisons le choix de rester force de proposition pour l'amélioration du système sanitaire dans sa globalité et le maintien du rôle régulateur et organisateur de l'Etat, au bénéfice de l'ensemble des citoyens.

## C – Qu'est ce qu'un MISP ?

Le statut des MISP leur confie officiellement les missions suivantes (article 2) : «*Les membres du corps des médecins inspecteurs de santé publique participent à la conception, à la mise en œuvre, à l'exécution et à l'évaluation de la politique de santé publique*

- Ils assurent le contrôle de cette politique et les missions permanentes et temporaires d'inspection.
- Ils contribuent à l'organisation du système sanitaire et à la promotion de la santé.
- Dans le cadre de leurs attributions, ils peuvent être chargés d'études et de missions spéciales.
- Ils peuvent être associés à l'enseignement, à la formation et à la recherche dans le domaine de la santé publique.
- Dans l'exercice de leurs fonctions, ils veillent au respect du secret médical et des règles professionnelles.»

Cette définition statutaire est en réalité bien insuffisante pour caractériser l'identité des MISP. Il faut illustrer un cœur de métier en 4 points.

### 1-MEDECIN

Un médecin est un professionnel de la santé titulaire d'un diplôme de docteur en médecine, son rôle habituel est d'identifier, de prévenir et de traiter les problèmes de santé des individus.

Pour exercer la profession de médecin en France, le médecin doit satisfaire aux trois conditions cumulatives prévues à l'article L. 41111 du code de la santé publique : avoir la nationalité prévue par ce texte, être titulaire des diplômes prévus à l'article L. 4131-1 du code de la santé publique, être inscrit au tableau d'un conseil départemental de l'Ordre des médecins. Il faut cependant noter que l'inscription au tableau de l'Ordre est facultative pour les MISP (environ 50 % y sont inscrits). Cette inscription est exclue pour les médecins du Service de santé des Armées (ainsi que pour les PhISP vis à vis de l'Ordre des pharmaciens), témoignant de la reconnaissance d'une forme de spécificité de certaines formes d'exercice au sein de ces professions de santé.

#### **Posséder des compétences spécifiques techniques et humaines**

Un médecin possède des compétences en termes de savoirs, de savoir-faire et de savoir être, acquises par ses études et sa pratique médicale, plus ou moins étendues en fonction des activités exercées et des éventuelles spécialisations. Tous les domaines de la médecine lui sont donc accessibles et compréhensibles, même s'il ne les exerce évidemment pas tous et il est amené à suivre l'évolution des connaissances et des pratiques sous leurs différents aspects. Son approche relationnelle avec le patient lui permet d'appréhender les problématiques humaines individuelles et de les intégrer à sa pratique.

#### **Respecter les valeurs éthiques et déontologiques**

Les valeurs éthiques et les règles déontologiques qui les complètent sont un point essentiel de l'identité professionnelle d'un médecin. Présentes dans tous les textes fondateurs dont le serment d'Hippocrate, elles sont une sorte de fil rouge du comportement attendu d'un médecin tant dans ses activités professionnelles que dans certaines conduites plus personnelles. Ces éléments s'expriment actuellement fortement car ils peuvent entrer en conflit avec certaines «demandes» plus ou moins explicites des autorités administratives. Ils peuvent se rassembler autour de 4 axes : la préservation du secret médical, l'indépendance des avis et

des actes professionnels, la défense des droits des malades et de l'obligation d'une continuité des soins.

### *Transmettre ses compétences*

Le serment d'Hippocrate y fait explicitement référence. Cela suppose :

- la participation à tous les temps d'échanges et de « formation » initiale et continue des professionnels de santé en tant que formateur ou que formé,
- la construction et la diffusion d'une information compréhensible pour les professionnels de santé et les non professionnels qu'il s'agisse de la population en général, du malade notamment par l'éducation thérapeutique, de collectifs associatifs, de décideurs administratifs ou politiques.

Cette transmission passe comme pour tout médecin et professionnel de santé par une formation reçue tout au long de sa pratique. Les obligations du DPC s'impose donc à lui.

### *Participer au système de santé*

Le médecin exerce dans un cadre normatif, social et économique. Il contribue avec l'ensemble des acteurs du système de santé à un fonctionnement optimal. Il en connaît les principes, les règles et les contraintes et les respecte. Il participe à ses évolutions et s'intéresse particulièrement aux aspects liés aux pratiques et à la qualité des soins mais il doit aussi prendre en compte les questions de financement et leurs contraintes et difficultés ainsi que les aspects sociologiques et « humains » que pose son fonctionnement et les possibles modifications attendues. Cette position a d'ailleurs reprise au sein même du Code de déontologie médicale. En effet, dès l'article 2 de ce Code est stipulé que le médecin est « au service de l'individu et de la santé publique ».

## **2- PROFESSIONNEL DE SANTE PUBLIQUE**

Le concept de santé publique connaît des définitions diverses. Sa pratique est revendiquée par de nombreux professionnels. De fait, une caractéristique majeure de la SP est la nécessité d'une approche multidisciplinaire.

Dès 1952, l'OMS adoptait une définition très large de la santé publique : « *La science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie, et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus par le moyen d'une action collective concertée visant à assainir le milieu, à lutter contre les maladies qui présentent une importance sociale, à enseigner les règles de l'hygiène personnelle, à organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, ainsi qu'à mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité.* ». En 1973, l'OMS adoptait une définition plus ramassée : « On utilise aujourd'hui santé publique au sens large pour évoquer les problèmes concernant la santé d'une population, l'état sanitaire d'une collectivité, les services sanitaires généraux et l'administration des services de soins. »

La loi du 9 août 2004 a pour la première fois précisé dans son article 2 en référence au code de la santé publique ( article L.1411-1) les contenus d'une **politique de santé publique** : surveillance et observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants, lutte contre les épidémies, prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités, amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et dépendantes.

La Santé Publique aborde la santé sous les aspects collectifs (santé communautaire). Elle est au cœur des réflexions sociétales et doit amener à replacer les problématiques de santé dans l'ensemble des politiques publiques qui touchent les populations et ce, dès leur élaboration. L'OMS insiste particulièrement sur ce dernier point, dans sa déclaration dite « d'Adelaïde » :

*«La Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques a pour but d'engager l'ensemble des dirigeants et des décideurs à tous les niveaux gouvernementaux – local, régional, national et international. Elle souligne qu'il est plus facile d'atteindre les objectifs gouvernementaux lorsque tous les secteurs tiennent compte de la santé et du bien-être comme étant un élément-clé de l'élaboration des politiques. Ceci est dû au fait que les déterminants de la santé et du bien-être sont extérieurs au secteur de la santé et sont d'ordre social et économique. Bien que de nombreux secteurs contribuent déjà à améliorer la santé, il existe encore d'importantes lacunes.».*

Il convient de relever combien les concepteurs des ARS en 2010 ont imposé une vision très réductrice de la santé publique. Cette dernière s'est vue en effet cantonnée dans des directions du même nom, rassemblant de façon variable selon les régions ; la veille et la sécurité sanitaire, la gestion des crises, la prévention, l'environnement, la gestion des hospitalisations sans consentement,... L'organisation des soins et l'organisation médico-sociale faisaient l'objet de deux autres directions, comme si elles ne relevaient pas elles aussi d'une approche de santé publique. Pour achever cette atteinte à une vision globale de la santé, la loi HPST a, en outre, séparé le « sanitaire » et le « social » en créant d'un côté les ARS et de l'autre les directions de la cohésion sociale.

La Santé Publique repose sur des valeurs éthiques telles que posée dans la charte d'Ottawa : respects des personnes et des cultures, participation active des populations, etc...

Elle dispose d'outils et de méthodes spécifiques tant en matière de diagnostic, que d'intervention et d'évaluation. Ils permettent d'agir sur les déterminants de santé et sur les organisations dans un souci de cohérence globale. Elle utilise pour cela une mise en réseau des acteurs qui assure une adaptation des réponses dans un souci permanent d'équité et de choix politiques efficaces.

Au-delà des outils, la pratique effective de la santé publique au sein des structures et organismes publics fait également appel à des capacités de compréhension différenciée et élargie des enjeux, d'animation et d'écoute d'une multiplicité d'acteurs (dont des experts), ainsi que d'analyse rigoureuse des problématiques et situations. Il s'agit en pratique d'avoir une vision synthétique permettant notamment l'élaboration de messages clairs et utilisables par les décideurs, capables d'orienter l'action publique dans le domaine sanitaire de façon utile et pertinente. La capacité à traiter des champs larges et complexes – allant au-delà des expertises spécialisées - est une des plus values caractéristiques des médecins formés à la santé publique.

De ce fait, une des caractéristiques du travail en santé publique est la nécessité de travailler en collectif, de faire émerger une expertise collective entre médecins et professionnels de santé bien sûr mais aussi avec d'autres professionnels (administratifs, économistes, géographes, juristes, sociologues, communicants, ...), de travailler en interprofessionnalité et en intersectorialité.

Le champ large évoqué précédemment est cependant précis dans ses contenus, un professionnel de la santé publique doit les connaître même s'il ne les pratique pas tous. Les concepts, outils et méthodes d'intervention en santé publique ne s'improvisent pas et seule une formation complète et adaptée peut les apporter.

### **3-MEDECIN DE SANTE PUBLIQUE**

En France le corpus de doctrine comme les contenus pour un médecin sont fixés par le **référentiel du diplôme d'études spécialisées (DES) de santé publique et médecine sociale** qui a été revu en 2013. Ce référentiel élaboré par des « enseignants et internes de santé publique » choisit une optique particulière de la santé publique « *La santé publique est une spécialité médicale qui a pour objet la santé des populations. Elle se caractérise par une approche collective des problèmes de santé. Ainsi définie, la spécialité couvre un champ étendu qui comprend l'épidémiologie, la gestion et l'analyse des informations de santé, la gestion et l'analyse des systèmes de soins, la prévention, l'économie de la santé, etc. Les outils de base de la spécialité sont la biostatistique et l'informatique, mais elle mobilise aussi des outils issus de disciplines*

*complémentaires couvrant l'ensemble des sciences de l'homme et de la société, notamment démographie, économie, gestion, sociologie, sciences de l'éducation, sciences politiques, droit. Ce qui fait l'originalité et la richesse de la spécialité est d'être un savoir médical pour la décision à l'échelon d'une population, savoir qui utilise les sciences du nombre, en interrelation avec les sciences humaines et sociales. ».*

Dans un cursus médical, elle représente une formation complémentaire importante insuffisamment valorisée par rapport aux spécialités cliniques. Le médecin de santé publique apparaît donc comme un professionnel dont la pratique se situe à l'intersection de deux approches de la santé humaine : l'approche soignante, médicale, individuelle, d'une part et l'approche collective, populationnelle d'autre part. Même si ces deux approches partagent un objectif de défense et d'amélioration de la santé humaine, il faut bien admettre qu'un certain antagonisme existe : l'approche médicale conduit à la recherche de la maximisation du bénéfice pour le patient impliqué dans un "colloque singulier"; l'approche de santé publique suppose de rechercher le bénéfice au niveau de la population, ce qui peut amener à privilégier des actions procurant un bénéfice (même modéré) à une large part de la population, quitte à ne pas maximiser le gain pour chacun.

Les apports spécifiques d'un médecin de santé publique portent sur les aspects suivants :

- la connaissance concrète de la maladie, de la souffrance et de la mort, afin de faire sortir la démarche de santé publique de l'abstraction et ainsi donner une vision plus complète des enjeux,
- la connaissance technique issue du croisement du savoir médical et d'une ou plusieurs composantes du champ de la santé publique,
- une interface avec les cliniciens et les autres professionnels de santé dans un objectif de santé communautaire,
- un accès aux données de santé et à leur intégration dans une politique globale de santé,
- une aptitude particulière à la gestion d'alerte et/ou de situation grave ou urgente en matière de sécurité sanitaire,
- une image sociale reconnue d'un médecin au fait des problématiques de santé collective.

L'apport du médecin de santé publique peut être ainsi rapidement esquissé, traduisant une qualité de service différente d'un clinicien, apport qui n'est guère partagé qu'avec les infirmiers et infirmières de santé publique.

Il convient de rappeler que seuls les médecins issus de la filière «santé publique» de l'internat et les médecins ayant obtenu la qualification de santé publique délivrée par le Conseil de l'Ordre des médecins peuvent se prévaloir du titre de médecins spécialistes en santé publique.

#### **4 - INSPECTEUR**

Même si la pratique de l'inspection n'est qu'une des activités des MISP et, en moyenne une activité quantitativement moins développée que la veille et la sécurité sanitaires ou encore la planification, la mention du titre d'inspecteur dans la dénomination d'un professionnel est un point important de l'identité professionnelle .

L'inspection quel que soit le domaine est toujours axée sur 4 points complémentaires : **l'analyse** d'une situation ou d'une organisation, **le contrôle** en lien avec des normes, référentiels et autres documents cadre, **la veille et la prévention** des situations à risque en particulier et le **suivi des mesures correctrices**.

Dans le domaine de la santé, elle couvre tous les aspects : techniques (qualité et sécurité des soins et respects des pratiques professionnelles et des normes), organisationnels (organisation des soins, management, organisation du travail...), stratégiques ( d'un établissement de santé ou médicosocial, des professionnels de santé et d'évaluation de la prise en compte des politiques publiques menées par les acteurs ....) et économiques ( budgets, investissements, utilisation de subventions, choix et priorisation ....)



### *Des valeurs à défendre*

L'inspection est la garante vis-à-vis de la population du bon fonctionnement du système de santé, du respect des droits (du patient, de l'utilisateur, du citoyen) et de l'attention portée aux situations de fragilité ou de vulnérabilité. Il faut en assumer les deux dimensions « éducative » et « répressive » notamment dans une période de transformation du système de santé durant laquelle il est plus vulnérable aux dysfonctionnements. Elle ne doit pas être considérée comme une crainte de sanction mais accompagner les politiques de prévention et d'accompagnement du changement pour l'ensemble des professionnels du système de santé. Cette valeur formatrice, fondamentalement préventive est insuffisamment présente dans le regard porté aujourd'hui sur les missions d'inspection. A ce titre, l'inspection représente sans doute un excellent garde-fou afin d'éviter la mise en jeu de la régulation judiciaire autrement plus dure et pour le coup très largement dénuée de volonté préventive (sanction, réparation après la survenue d'une infraction).

D'autre part, toujours dans le domaine de la sécurité sanitaire, la mise en place progressive aux points critiques du système de soins de dispositifs d'assurance qualité (radiothérapie, laboratoires d'analyse médicale, circuit du médicament, demain peut-être endoscopies et pratiques interventionnelles) et l'importance croissante dans le secteur hospitalier d'approches relevant de méthodes de gestion des risques ont fait et vont faire évoluer le rôle des agents des ARS chargés des contrôles, dont les MISP. De nouvelles techniques et compétences, différentes de celles mobilisées dans le cadre des inspections, et qui auront vocation à les compléter et non à les remplacer, vont devoir être mobilisées et enseignées. Cette politique et les actions concrètes qui en découlent participent à la **sécurité globale de la population** et doivent être valorisées, expliquées et susciter une adhésion la plus complète possible en offrant des garanties d'intégrité, d'absence de conflits d'intérêt et de suivi réel des mesures proposées. Elle repose sur l'indépendance du médecin et la qualité de sa technicité.

Il faut insister sur la nécessité d'une formation initiale et continue à l'inspection avec une bonne connaissance du système de santé et une culture de santé publique. La «révolution» engendrée par le fonctionnement des ARS amène aujourd'hui les DGARS à attribuer une qualité d'inspecteur à des agents qui ne disposent pas d'un bagage suffisant et auxquels la formation accélérée à l'inspection mise en œuvre depuis quelques années ne peut donner qu'un vernis.

### **5-FONCTIONNAIRE D'ETAT**

Le statut de fonctionnaire d'Etat est le 4<sup>ème</sup> pilier de l'identité professionnelle du MISP : ce sont « des serviteurs de l'Etat » !!

Ce statut présente des aspects positifs : statut protecteur en termes de sécurité d'emploi, d'indépendance par rapport aux politiques, risque limité de conflit d'intérêt, mobilité interministérielle et choix géographique et thématiques possibles (mais encore assez réduit) ...

Et des contraintes : continuité de service, disponibilité et astreintes, salaires bas par rapport à d'autres médecins (praticiens hospitaliers, médecins de l'AM....) sans revalorisation et limité par des plafonds, carrière lente et peu attractive avec de faibles perspectives d'évolution, faible accès à des fonctions managériales et cantonnement à des missions techniques.

De part leur statut, les MISP portent et assument les valeurs régalienues dans le respect des principes de déontologie médicale, d'éthique de santé publique et de loyauté : service aux populations, respect de la hiérarchie et des professionnels de santé, , réserve et confidentialité.....réduction des inégalités et attention portée aux populations vulnérables.

Il est garant de la parole de l'Etat, de la déclinaison des politiques dans le domaine de la santé avec une solidarité et une équité territoriale et populationnelle (et de l'articulation avec les politiques sociales ), mais aussi du bon usage des fonds publics : ce sont des courroies de transmission et de compréhension indispensables.

## ***D – Nos propositions***

Nous l'avons dit en introduction, l'heure n'est plus aux replatrages mineurs et aux réformes "paramétriques", limitées à de petits ajustements quantitatifs sans vision globale. Il s'agit de choisir entre un processus délibéré de mise en extinction et une refondation. Les réflexions et propositions qui suivent se situent dans la seconde perspective. Rappelons aussi que ces propositions ont vocation à traiter un ensemble de difficultés actuelles, mais surtout à explorer des pistes pour un dispositif à venir pour les futurs collègues.

Soulignons enfin que nos propositions sont largement construites sur nos références actuelles. Or, comme on va le voir plus bas, un axe majeur de notre projet d'avenir consiste en un regroupement de divers professionnels de santé publique, notamment médecins, dans un corps ou autre cadre d'emploi unifié. Dans ces conditions, il est évident que le contenu concret de nos propositions pourra varier en fonction du périmètre du nouveau groupe professionnel. Trois impacts parmi d'autres pour illustrer cela :

-le caractère fondateur de l'identité d'inspecteur pèsera plus ou moins selon que le regroupement concernera uniquement des agents issus d'actuels corps d'inspection (ex : MISP et PhISP) ou non (ex : MISP et MEN);

-les modalités de recrutement et de formation devront probablement tenir compte des diverses organisations ministérielles;

-enfin, le rôle possible de l'EHESP sera lui aussi variable en fonction de l'implication d'autres écoles, ainsi que de l'Université dans le dispositif de formation du groupe professionnel. L'actuel RESP (réseau des écoles de service public) pourrait constituer un vecteur intéressant à ce titre;

### **1-Un nouveau métier : un champ et des modalités d'action à redéfinir**

L'objectif est ici de définir vraiment un nouveau métier qui corresponde bien à la raison d'être d'un corps de médecins spécialistes en santé publique, fonctionnaires d'Etat et doté d'une compétence particulière d'inspection. Notre réflexion interfère ici avec les perspectives diverses de réforme de l'Etat. Le chantier est considérable et pour essayer d'avancer nous commencerons par poser quelques hypothèses :

1-Le champ régalién est susceptible d'évoluer : l'Etat conservera à l'avenir des compétences sanitaires, mais il est tout à fait possible que le champ directement couvert se modifie. Ainsi, on conçoit bien que les sujets fortement orientés vers la sécurité, la préparation et la gestion des crises restent dans le périmètre direct d'action de l'Etat. Dans les domaines renvoyant fondamentalement à la régulation médico-économique du système de santé et de protection sociale. on peut penser à une segmentation, séparant le contrôle des grands équilibres macro-économiques, responsabilité de l'Etat, car fondateurs en partie de notre contrat social, d'un ensemble de tâches de mise en œuvre qui pourraient être effectuées par d'autres acteurs, sous contrôle de l'Etat néanmoins. On retrouve ici la question de la polarité dominante des ARS sur la mise en œuvre opérationnelle de mesures d'efficacité voire d'économies, pour reprendre les termes de la LMSS. On peut imaginer que les fonctionnaires d'Etat pourraient être plutôt utilisés dans le champ opératoire direct de l'Etat.

2-Les modes d'actions de l'Etat en redéfinition: Dans les champs où l'Etat continuerait d'agir directement, on peut aussi imaginer qu'il exerce son action de façon différente. D'autres ministères proposent des modèles différents de celui de la santé ; ainsi l'Agriculture, avec un groupe de fonctionnaires (les ISPV) qui pilote un ensemble de professionnels chargés de la mise en œuvre de missions d'Etat.

3-Des moyens d'action à recomposer : On tablera sur la poursuite de la diminution de nos effectifs en raison de l'inertie des éventuelles mesures correctrices en matière d'attractivité : une hypothèse à 300 MISP dans 5-6 ans n'est pas absurde. Dans ces conditions (diminution de moitié de l'effectif), il est évident que les MISP devront être alors positionnés de façon différente : dans ce contexte on peut avancer deux

remarques. La première est que le travail sur les missions devra tenir compte du niveau des effectifs en faisant peut-être des choix, tout n'étant plus possible si tant est que cela fût le cas dans le passé. La seconde est que la perspective de reconfiguration du corps par fusion avec d'autres corps s'imposera avec encore plus d'acuité que par le passé. Ce dernier point ne fait que renforcer la logique interministérielle du projet d'évolution professionnelle porté par notre syndicat depuis des années.

## 2-Un nouveau métier : un statut attractif et viable

### **Pour un nouveau statut interministériel de la santé publique d'Etat**

Nous proposons de développer un grand projet interministériel de santé publique et de se donner les moyens d'une santé publique plus efficace sur tous les fronts de ses responsabilités, en se préoccupant d'emblée des articulations entre l'Etat et les autres acteurs de santé publique.

Cela passe par le remodelage des différents statuts des professionnels de santé publique. Il conviendrait en premier lieu de rassembler les divers praticiens au sein d'un même corps de praticiens de santé publique de l'Etat. Ce statut interministériel pourrait recueillir l'intérêt du MASS, du MEN, du MESR, et des ministères en charge du Travail, de la cohésion sociale, des affaires étrangères, de la Justice, de l'Intérieur, de l'Ecologie, de l'agriculture. Tous ces ministères emploient peu ou prou des médecins de santé publique, souvent Misp, et celui en charge de l'agriculture pourrait aussi proposer un rapprochement avec les ISPV.

Ce nouveau corps serait attractif par les passages interministériels que les seuls détachements aujourd'hui ne favorisent pas suffisamment, dans la mesure où ce sont bien encore les démarches individuelles qui rejoignent des offres issues de logiques d'établissements ou d'agences, en l'absence d'un projet d'ensemble de gestion des RH sanitaires. La position normale d'activité serait ici la règle et non le détachement ou la mise à disposition.

L'attractivité serait aussi portée par une logique de progression à l'intérieur des différents grades mais aussi par une amélioration de sa visibilité et de sa comparaison avec les autres métiers de santé publique notamment hospitaliers.

Ainsi, nous demandons :

- l'inscription définitive dans le statut de l'accès à l'HED, comme cela avait été évoqué lors du projet de fusion entre corps des MISP et des PhISP et comme en bénéficiaient déjà les MIR et CSZ,
- la linéarisation du déroulement de carrière.

Sur le plan indemnitaire, dans le cadre de la mise en œuvre du RIFSEEP, nous demandons:

- une reconnaissance explicite des emplois médicaux au sein de l'administration, au prix, si cela était nécessaire d'une modification du RIME,
- la prise en compte pour la valorisation des postes occupés d'une valence d'expertise technique de santé publique traitée à égalité avec la valence classique du management; cette expertise technique devrait être reconnue par un dispositif crédible, possiblement différent de celui validant les fonctions d'encadrement,
- la prise en compte des difficultés d'exercice isolé, notamment dans les DT.

La quantification précise des mesures à prendre découlera de l'analyse du « marché » du recrutement médical en visant l'objectif de rendre la carrière de MISP au moins aussi attractive que d'autres carrières médicales, notamment celle de praticien hospitalier.

L'attractivité ne se limite pas aux aspects financiers, même si ceux ci ne peuvent être éludés. Ainsi, une proposition du préfet Ritter dans son rapport de 2008 n'a malheureusement pas été retenue. Il proposait en effet une organisation « matricielle » des ARS avec, à côté des « pôles sectoriels » (les « directions

métiers ») un « pôle transversal » regroupant des services ayant une forte dimension transversale ; en effet, « *L'ARS devra éviter de reproduire, par son organisation, le cloisonnement entre secteurs qu'elle a vocation de surmonter. Il importe donc d'assurer la cohérence transversale des politiques des actions menées par l'agence* ». Parmi les services transversaux proposés, il souhaitait un... « **service médical de santé publique** ». Cette organisation impliquant une double ligne hiérarchique était probablement conceptuellement trop compliquée pour nos nouveaux managers et se serait opposée à leur souhait d'imposer un DG concentrant seul l'ensemble du processus de décision, y compris dans ses considérations techniques. Les difficultés d'élaboration et de mise en œuvre des PRS (projet régionaux de santé et non, il faut le noter, de santé publique), avec une articulation insuffisante entre les schémas (d'organisation des soins, médico-social et de prévention) et les programmes de santé attestent de cet état de fait.

Dans l'optique où le futur cadre d'emploi aurait une dominante d'inspection, parmi les facteurs d'attractivité, nous pensons que la **définition d'une politique d'inspection** tant au niveau des instances nationales que locales est nécessaire tant dans ses aspects programmés que pour la réponse aux situations d'urgence. La mission d'inspection doit être identifiée et disposer de moyens suffisants. L'indépendance des inspecteurs est un principe fort qui conditionne l'objectivité et la fiabilité des inspections menées.

La qualité d'une inspection est le fruit d'un travail d'équipe interprofessionnelle voire interministérielle qui permet d'aborder de façon complémentaire et cohérente l'ensemble des problématiques sanitaires. Il s'agit donc d'une activité transversale qui doit, pour être efficace, être à la fois nettement individualisée dans les organigrammes des structures et disposer d'une autonomie certaine mais aussi en étroite relation avec les autres services (prévention, organisation des soins,...) afin d'une part d'être avertie des dysfonctionnements et d'autre part d'assurer les suites des rapports et de mettre en œuvre les recommandations et mises en demeure nécessaires. L'inspection doit être conçue comme une expertise « collective » et non individuelle.

### 3-Un nouveau métier : un recrutement volontariste

Le recrutement reposerait sur le pré-requis actuel : l'acquisition de la spécialité de santé publique. Il nous semble que ce serait faire fausse route que de penser que l'abaissement du niveau d'exigence est favorable au recrutement. Pourraient donc passer de plein droit les épreuves de recrutement les titulaires du DES de santé publique formés par la voie de l'internat et les qualifiés en santé publique par la procédure ordinale.

Reste que des médecins pourraient présenter un profil intéressant sans avoir encore satisfait au pré-requis de la spécialité. Il existe aujourd'hui une commission habilitée à décider de dérogations; disons le franchement, son niveau d'exigence est des plus bas et ne constitue pas un filtre sérieux.

Nous proposons de revenir à une disposition historique qui voudrait que la titularisation soit à l'avenir, conditionnée à l'obtention de la spécialité. En conséquence, la commission de dérogation disparaîtrait. Elle serait remplacée par une commission de sélection destinée à identifier des médecins à profil intéressant mais non qualifiés en santé publique, auxquels serait proposé une formation de préparation au concours destinée notamment à les amener au niveau requis pour l'obtention de la qualification ordinale. Cette année de préparation serait rémunérée. Cette proposition est parfaitement crédible car l'EHESP met en œuvre aujourd'hui, exactement dans cette logique, un cycle unique de préparation pour les candidats aux concours de direction (la sélection étant alors mise en œuvre par le CNG). Cette formation pourrait être organisée par l'EHESP ou d'autres opérateurs. Il serait nécessaire d'impliquer les enseignants de santé publique des UFR de médecine dans ce projet afin de conforter le caractère validant de la spécialité dont la référence est le DES.

Enfin, il est permis d'évoquer l'intérêt d'une réflexion sur la formation des médecins de santé publique. Si l'internat de santé publique est censé former les spécialistes nécessaires, nous savons que la plupart des internes rejoignent un exercice de santé publique à dominante hospitalière ou en rapport de l'exercice privé (laboratoires, consultance). En parallèle, la plupart des postes de terrain en santé publique sont tenus par

des professionnels qui conjuguent leur expérience des actions de santé publique avec l'acquisition de masters et de DU de santé publique. Le côtoiement de ces deux modèles ne donne pas satisfaction et il conviendrait d'effectuer des rapprochements des dispositifs de formation.

#### 4-Un nouveau métier : une formation ambitieuse

Il conviendra de profiter de la création d'un cadre d'emploi renouvelé et de l'effondrement du dispositif de formation spécifique à l'EHESP pour effectuer une démarche complète, supposant d'abord pour l'Etat employeur de fixer des objectifs de formation sur la base des missions, puis de discuter avec les opérateurs de formation des contenus précis et des modalités pédagogiques.

La **formation initiale** pourrait être remaniée. En effet, la question du niveau culturel de base en santé publique serait réglée par la dispositif exposé au point 3. On pourrait alors se concentrer sur quelques apprentissages indispensables à la carrière au sein de l'administration et à la prise de fonction. Nous n'allons pas écrire ici la maquette de formation, mais il semble évident que des modules consacrés à la sociologie des organisations sanitaires, à l'éthique de l'action publique, la déontologie des fonctionnaires, à la pratique de l'inspection ... seront nécessaires.

En cas de besoin des enseignements complémentaires seraient proposés à ceux qui auraient encore quelques lacunes à combler en vue de la validation de la spécialité.

Quant à la **formation continue**, plusieurs mesures sont à prendre :

-afficher dans le statut un niveau quantitatif minimal de durée de formation. Pour plus de souplesse ce niveau serait établi pour une période de 3 ans, ce qui permettrait de programmer des opérations de formation plus lourdes, le cas échéant diplômantes;

-différencier clairement la formation continue de fonctionnaire, d'une part, du DPC, d'autre part;

-afficher clairement les modalités de fonctionnement et de financement du DPC. Il serait ainsi utile d'étudier un dispositif dans lequel chaque professionnel concerné par le DPC aurait à sa disposition un crédit (horaire et financier) pour organiser son DPC;

-pour les MISP détachés ou mis à disposition, faire le choix d'une gestion du DPC rattachée au ministère de la santé avec des modalités de financement appropriées,

-enfin, il y aurait lieu de prévoir des dispositions statutaires facilitant l'accès des MISP à des formations supérieures diplômantes, notamment dans les nombreuses disciplines concernées par la santé publique, et de faciliter leur implication dans l'enseignement et la recherche en santé publique, en particulier universitaires.

En dernier lieu, il n'existe pas de formation professionnelle ambitieuse sans réflexion sur les métiers et intégration de la recherche à la formation. Le chantier dont nous souhaitons l'ouverture doit aussi se préoccuper de cela. A ce titre, et sans vouloir nous immiscer dans l'organisation de l'EHESP ou d'autre structure de formation, l'insertion du dispositif de formation des MISP (préparation au concours, formation initiale et continue) dans un ensemble plus vaste destiné à la formation en santé publique de professionnels de santé, notamment médecins, avec une connexion bien établie avec la santé publique universitaire serait une piste à étudier. Les profits pourraient être mutuels.

\* \*

\*