

## **Recommandations pour gérer le problème de l'attractivité des postes de médecins inspecteurs de santé publique**

Ce document clôture des échanges organisés par le secrétariat Général des Ministères Sociaux, suite à la journée de santé publique organisée par l'AMISP en octobre 2012, réunissant les directions centrales et les représentants des médecins en ARS, issus du corps des MISP ou des praticiens conseils de l'assurance maladie.

Ces échanges visaient à mieux comprendre et proposer des solutions au problème d'attractivité de la profession de médecin de santé publique en ARS. Avec des effectifs en baisse, la question du maintien du métier de médecin de santé publique se pose depuis des années, plus de la moitié des MISP a un âge supérieur à 55 ans, les sorties excèdent les entrées, du fait aussi de départs spontanés de certains d'entre eux.

L'Association des Médecins de Santé publique a contribué à ce travail sur l'attractivité du métier, sous l'angle de la situation des Médecins Inspecteurs de santé Publique, par un premier document. Il rappelle notre identité professionnelle distincte de celle de cliniciens.

Lors des réunions du groupe de réflexion sur l'utilisation des compétences médicales en ARS, un premier constat fut celui de la méconnaissance des compétences médicales spécifiques de santé publique portées par le corps des MISP et sur lesquelles ils sont recrutés. Il a donné lieu à la production d'une note, dans laquelle il est apparu indispensable de rappeler les spécificités de la santé publique, notamment vis-à-vis des métiers qui contribuent à la santé publique sans utiliser les savoirs et disciplines, qui font le cœur de l'approche populationnelle en matière de politique de santé publique(<http://amisp.fr/WordPress3/wp-content/uploads/2013/06/Propositions-POSITION-AMISP.pdf>). Cette première production a rappelé l'importance de l'évolution de carrière et de la formation initiale et continue, dans le cadre de l'attractivité de la profession, laquelle implique des réponses au-delà des seuls postes en ARS, puisque les MISP exercent dans de nombreux autres ministères et agences de santé.

Mais il a aussi été question de ramener le débat autour de réponses au problème de l'attractivité, avec le ressenti que des savoirs spécifiques de santé publique ont été chèrement acquis pour ne plus être mobilisés en amont des décisions, ni être développés par un accès à des formations respectueuses de l'indépendance d'expertise de santé publique et de l'esprit de la réforme DPC. Ces aspects sont développés dans la note déjà mentionnée (<http://amisp.fr/WordPress3/wp-content/uploads/2013/06/Propositions-POSITION-AMISP.pdf>).

Les échanges ont permis d'envisager la réforme de Modernisation de l'Administration Publique comme une opportunité de penser le toilettage des missions des MISP, à court terme, en vue de maintenir une attractivité ternie, en outre, par la redistribution de tâches sur un nombre de postes décroissant. L'agenda, le périmètre restreint de l'exercice, les méthodes et les incertitudes sur l'évolution des missions des ARS n'ont permis que quelques échanges de point de vues et données incitant à entreprendre une véritable réflexion articulée avec les réformes attendues de la stratégie de santé.

En juillet 2013, la cour des comptes note, à propos des ARS mais aussi d'autres métiers techniques, un ensemble de remarques convergentes avec les alarmes déclenchées et constats réalisés par la profession (réf. CCPtes) :

- Le nombre des médecins inspecteurs de santé publique est passé de 381 en 2007, dans les anciennes DRASS et DDASS, à 323 en 2012 dans les ARS. Il est demeuré pratiquement stable, durant la même période, pour l'administration centrale (58 en 2007 contre 56 en 2012) (p70)
- Les administrations centrales ont une connaissance limitée de ces métiers (RIME) (p173)
- Un chapitre sur des conditions d'emploi inégalitaires, qui débute avec l'exemple des ARS (p 178)
- L'attractivité d'un emploi en (DT) dépend de la capacité d'initiative, rapidité dans la prise de décisions, des liaisons directes et rapides avec l'échelon supérieur (p188)
- La réduction des corps à faibles effectifs est traitée comme un dilemme entre réduction des dépenses à court terme (*quid des coûts p181*), et : « *le risque de perdre des compétences métiers* » (p196)
- A propos de délégations départementales inter- ministérielles à mandat technique : « Il est en effet difficile de faire abstraction des filières métiers dans la gouvernance. Le contact entre les deux niveaux, et même avec l'administration centrale, ne peut toujours transiter par le préfet. Pour des échanges techniques, comme pour l'élaboration de documents de travail, le débat entre spécialistes est nécessaire et la séparation entre conception et exécution n'est pas toujours évidente » (à propos d'autres secteurs p 140)
- Des difficultés, du fait de la baisse constante des effectifs, à assurer l'ensemble des fonctions régaliennes (inspection, contrôle) et des missions d'évaluation des politiques publiques défaillantes dans les territoires

***Quelques leçons de l'expérience pour une réflexion organisée sur l'attractivité de la profession de médecin de santé publique en ARS :***

Les acteurs devraient clarifier les vocabulaires et les représentations sous-jacentes, issues de bagages professionnels :

- Technique signifie-t-il subalterne/exécutant ? Quid de la posture d'expert : quelle indépendance professionnelle, en lien avec la responsabilité du MISP dans les textes qui le visent ? Quid de la place d'un leadership en santé publique ?
- Médical ne signifie pas santé publique : seul la pratique de la dernière sous-tend l'action collective, celle de l'Etat à l'égard de l'ensemble de la population, avec des outils spécifiques visant à apprécier l'impact sur l'intérêt général compris en tant que santé de la population et à soutenir des intérêts spécifiques de groupes vulnérables, non assurés.
- Parle-t-on de compétences « savoirs » (domaine des RH/formations) ou de compétences « attributions » (domaine des sciences de l'administration), et si les deux sont confondus, à partir de quelle équation peut-on évaluer les besoins de formation ?
- S'agissant de savoirs techniques rares (savoirs, savoir - faire, savoir être), et occasionnellement de travaux en posture d'expertise (pour ce qui est de la nécessaire indépendance professionnelle dans certains avis et rapports), peut-on évaluer les besoins formation, du seul point de vue d'un employeur ?
- Une vision partagée de la santé publique et du périmètre d'action de l'Etat peuvent-ils émerger sans prise en compte des perspectives de santé publique traditionnellement portés par les médecins de santé publique exerçant dans les administrations et agences de l'état ?

L'exercice a mené à des échanges sur ce qui pourrait caractériser le cœur de ces métiers en ARS et appelé des questions connexes et préalables : quelle vision du rôle de l'Etat dans la santé, de la santé publique dans les administrations de la santé en l'absence de leadership professionnel de santé publique manifeste. Au-delà de la gestion purement administrative et financière du système de soins et médico-social, les médecins de santé publique ont un rôle dans une vision prospective et globale.

Il est nécessaire que les enjeux de santé publique soient correctement appréhendés, à travers le prisme de l'autorité technique et en dehors des pressions politiques et des intérêts particuliers, dans un premier temps. Il est nécessaire d'oser le terme « compétences médicales de santé publique », dans un ministère de la santé, voire celui de leadership professionnel en santé publique, tant pour ce qui concerne les réflexions stratégiques initiales que la subséquente adaptation au possible.

Enfin, qu'il s'agisse de regrouper des corps de métiers par une action administrative peu imprégnée des savoirs métiers, ou de réfléchir avec d'autres acteurs contribuant à la santé publique, sur un partage des rôles et des articulations professionnelles, on ne peut que générer des réactions défensives si l'identité professionnelle des uns et des autres est remise en question, voire ignorée.

De tels sujets réclament des dynamiques interactives. Il faut d'une part, des espaces d'expression et de redéfinition endogène des identités professionnelles pour chaque métier collaborateur des MISP, et d'autre part, en parallèle, des espaces d'interaction et d'ajustements réciproques, dans un cadre général approprié aux missions d'un système de santé. Ce cadre s'appuie sur une vision informée et partagée, des spécificités du bien public concerné et précise le périmètre des missions de l'organisation. Un tel contexte qui donne sens à l'action de l'Etat, selon une vision de santé publique, peut seul donner du sens et une place à chacun, et permettre un travail constructif en interdisciplinarité.

### ***Quelles Perspectives pour l'AMISP ?***

L'AMISP est une association reposant exclusivement sur le bénévolat de ses adhérents médecins de santé publique, en vue de promouvoir la santé publique. Ses activités principales se manifestent essentiellement lors de la journée annuelle des médecins de santé publique visant l'amélioration des pratiques de tous les médecins de santé publique en ARS et des médecins inspecteurs de santé publique exerçant en agences nationales, dans d'autres ministères ou détachés. C'est à ce seul titre que l'AMISP s'exprime, compte tenu de ses moyens et mandats.

Dans cette mission et dans le cadre des travaux qui se sont déroulés, l'AMISP ne peut que proposer ou rejoindre des projets visant à alimenter une démarche d'ensemble, dans laquelle se développe une perspective de nouveau métier de médecin de santé publique, en ARS et au-delà. En effet, la mobilité des MISP, dont 35 % ne sont pas en ARS, est un facteur d'attractivité à préserver. La réflexion sur l'attractivité doit donc s'inscrire dans une perspective de métier de médecin de santé publique s'adressant aux différents statuts à l'œuvre en ARS comme dans les autres administrations et agences où exercent les MISP.

La méthode pour améliorer l'attractivité ne peut consister en une revue des listes de libellés de tâches en ARS. Même si un toilettage des missions peut à court terme produire un soulagement, même si un premier recensement est utile, la collecte d'informations et l'analyse doivent s'appuyer

sur des outils s'inscrivant dans un cadre conceptuel explicité, permettant de hiérarchiser et relier à des résultats de santé en population, s'il est question de pertinence, en matière de santé de la population.

Porteuse d'une partie des savoirs faire du corps des MISP en attrition, l'AMISP par ses activités contribue à leur entretien et à la réflexion sur ces savoirs. Les leçons de cette expérience incitent l'AMISP à poursuivre pour mieux les faire connaître, tout en échangeant avec d'autres métiers et professions de santé publique, selon des modalités qui seront à préciser dans le cadre de la mise en place de la stratégie de santé, du choix de ses projets lors de son assemblée générale du 5 novembre à venir et des discussions de la dernière réunion du groupe de travail sur l'utilisation des compétences médicales en ARS prévues le 30 septembre 2013.