

Sommaire

Ce texte vise à clarifier deux propositions de l'AMISP, dans deux contextes précis et intriqués, qui sont, d'une part, les réunions de travail entre les représentants des médecins en ARS et les directions d'ARS, organisées par le SGM et la DRH, sur l'utilisation des compétences médicales en ARS, d'autre part les échéances relatives à la mise en place des instances de DPC en 2013. S'agissant de la situation des médecins en ARS, les médecins Inspecteurs de Santé publique adhérents de l'AMISP s'inquiètent de la diminution drastique du nombre de MARS dûment formés et constatent la dégradation catastrophique de leurs conditions de travail.

Ce que l'AMISP souhaite faire entendre, en cohérence avec sa mission de promotion de la santé publique, se résume en deux points ci-dessous:

- 1) L'identité professionnelle diverse au sein du corps des MISP se ramifie autour d'un axe central de médecin spécialiste de santé publique, dont la reconnaissance est importante pour penser le développement et l'utilisation des compétences médicales en ARS actuelles et futures (compétences entendues comme des attributions ou comme des savoirs).**
- 2) Le développement des compétences au sens de « savoirs », le long et au-delà de cet axe central de santé publique, implique l'accès à une grande diversité de formations continues délivrées en interaction avec une variété de professionnels. La participation aux journées de médecins des ARS contribue à ce développement et l'AMISP entend proposer les journées auprès de l'EHESP et de la SFSP dans le cadre de leurs catalogues et enregistrements en tant qu'ODPC.**

Ces propositions reflètent l'information disponible et le contexte en place durant le premier semestre 2013. Elles ont été diffusées et amendées par nos adhérents en avril 2013. Elles sont diffusées dans le groupe de travail sur l'utilisation des compétences médicales en ARS et auprès de l'EHESP et la SFSP. Elles ont pour unique ambition d'explicitier des aspects, identifiés comme prioritaires après analyse des échanges avec les partenaires de l'AMISP dans les démarches citées ci-dessus. Il s'agit de contribuer à des démarches collectives, en mettant en lumière des axes de réflexion, il ne s'agit en aucun cas de comprendre ce document comme une description limitative ou exhaustive des missions, rôles, disciplines, connaissances, savoirs ...etc.

Les Médecins Inspecteurs de Santé Publique travaillent dans les administrations de l'état, devenues ARS dans les territoires, avec d'autres médecins, qui ne sont pas tous médecins de santé publique. Cette transition récente transparaît dans le document, avec tantôt la référence traditionnelle au MISP, médecin inspecteur de santé publique au service de l'état, et tantôt, la référence au terme de médecin de santé publique. Ce dernier terme évoque la spécificité souhaitable et commune à cet exercice de médecin en ARS, et dont les contours redemandent explicitation, au-delà de la terminologie « MARS » ou « compétence médicale ». Il rappelle les savoirs médicaux spécifiques aux missions de mise en œuvre et d'élaboration des politiques de santé visant l'intérêt général et l'approche populationnelle.

Nos éléments de constat et nos propositions sont déclinés en deux temps dans les annexes suivantes :

- 1) Un métier récent dont les spécificités sont encore mal connues et reconnues : Comment concevoir et rendre visible la maîtrise des disciplines de santé publique dans l'administration de la santé ?
- 2) Cette spécificité doit donc être reconnue et préservée par une gestion adéquate des compétences médicales de santé publique des MISP et autres médecins de santé publique exerçant en ARS, dans les agences et dans l'administration centrale.

Annexe I

Un métier récent dont les spécificités sont encore mal connues et reconnues : Comment concevoir et rendre visible la maîtrise médicale des disciplines de santé publique dans l'administration de la santé ?

En France, les médecins traditionnellement en poste dans les services de l'Etat, disposent d'une compétence spécifique en santé publique, discipline dédiée à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques dans le champ de la santé.

Les médecins Inspecteurs de la Santé sont devenus Médecins Inspecteurs de **Santé Publique** (MISP) en 1991¹ et sont recrutés par concours. Pour passer le concours de MISP, il est nécessaire préalablement d'attester de connaissances et expériences établies en santé publique. Il existe donc bien des savoirs de santé publique qui sont reconnus comme nécessaires et distincts des connaissances médicales, avec ou sans spécialité clinique.

Pour l'exercice des missions de médecin de santé publique dans les agences et administrations d'Etat, et malgré une longue formation en médecine, les MISP ont acquis des connaissances supplémentaires, qui se distinguent très clairement du bagage commun à tous les médecins dont la spécialité est la médecine générale ou d'autres spécialités cliniques.

Dans la démarche de santé publique, il ne s'agit plus seulement de comprendre et expliquer la médecine individuelle et sa démarche scientifique ou éthique, mais de prendre en compte les aspects populationnels (épidémiologiques, démographiques), collectifs (dont organisationnels, économiques, sociologiques et politiques) et prospectifs (avant l'apparition de la maladie et au-delà du public assuré) qui s'inscrivent dans une approche particulière aux « systèmes de santé » et requièrent des outils et méthodes spécifiques.

La spécialisation en santé publique ne se contente pas de juxtaposer des savoirs génériques, à priori utiles à la décision administrative ou politique de toute administration. Elle implique un processus intégratif et dialectique entre des disciplines, des connaissances et des pratiques, qui sont déclinées et mobilisées autour des spécificités et finalités de la santé.

Il ne s'agit pas ici de s'essayer à une définition de la santé publique, mais d'illustrer quelques aspects spécifiques :

- a) Sur le plan éthique, il s'agit de se distancier de la déontologie médicale, ciblant l'individu indépendamment du contexte de pression sur les ressources du système de santé, pour :
 - penser une éthique distributive en population, conditionnée par des besoins de santé collectifs potentiellement illimités et un financement qui lui est limité, en se dotant de moyens de comparaison et de synthèse en population, pour une priorisation légitimée car reposant sur des critères objectivables et transparents.
 - envisager les conditions organisationnelles de respect de la déontologie médicale mises en œuvre par les professionnels en charge du soin clinique.
- b) Sur le plan des publics pris en compte : Le clinicien parle aux usagers et l'Assurance Maladie parle aux assurés. La santé publique prend ces derniers en compte, et poursuit au-delà la réflexion sur l'intérêt général, en recensant et étudiant les publics encore invisibles, non assurés, non usagers, pour lesquels des gains de santé efficaces et équitables contribuent à la santé de tous. Les savoirs de santé publique pour identifier les dépenses de santé les plus efficaces et équitables en population sont particulièrement nécessaires en période de réduction de la dépense publique, où il s'agit de légitimer des priorités appropriées et efficaces, et d'assurer la pérennité financière en évitant en amont ce qui peut l'être en termes de maladies (chroniques notamment)

¹ Décret n°91-1025 du 7 octobre 1991 relatif au statut particulier des médecins inspecteurs de santé publique.
NOR: SANG9101680D

L'année de formation initiale des MISP à l'école de Rennes (EHESP) conduit à la possibilité de demander auprès du conseil de l'ordre des médecins, la qualification en santé publique, d'emblée ou durant les trois premières années d'exercice².

Enfin, de très nombreux acteurs/disciplines contribuent à la santé publique, et n'en sont pas pour autant spécialistes/spécifiques, faute de méthodologie pour un abord populationnel synthétique. Par exemple, les soignants qui alertent sur les pathologies avérées qu'ils constatent auprès des usagers, qui intègrent la prévention individuelle dans le soin, qui prennent en charge des plus démunis (etc), contribuent aux actions de santé publique, même s'ils ne disposent pas des outils et expériences nécessaires pour la construction de priorités et politiques de santé publique. Il en est de même pour le droit qui reste un outil de mise en œuvre et plaidoyer majeur, mais qui par son approche individuelle ne permet pas de mesurer et comparer, sous un angle populationnel, les conséquences sur l'état de santé à long terme des choix de politiques de santé publique.

Il existe donc une spécificité du métier de MISP qui le rattache à la santé publique en tant que spécialité médicale. Cette spécificité est reconnue et explicitée dans les sphères internationales (ex <http://www.hsph.harvard.edu/about/public-health-medicine/>). La santé publique a fait l'objet de précisions dans le texte même de la loi de santé publique de 2004³. Elle n'est certes pas le monopole des médecins, et des médecins inspecteurs de santé publique, mais ces derniers en restent le pivot de part l'étendue des domaines concernés par les politiques de santé publique dans lesquels ils sont expérimentés et formés.

Le MISP, comme tout médecin, conserve une facilité pour appréhender la réalité professionnelle des cliniciens. C'est une réalité qu'il a vécue de l'intérieur, à un moment de son parcours professionnel... et dont la connaissance l'incite à collecter et consulter des informations auprès de professionnels cliniciens en exercice, dans sa pratique de la santé publique liée aux fonctions de MISP.

Les MISP partagent donc une identité professionnelle où la diversité de leurs savoirs et compétences trouve cohérence et articulation autour de la santé publique. En appui à la mission d'un système de santé, la santé publique explicite l'intérêt général, sous l'angle de la santé de la population. Cet axe central devrait alimenter la réflexion sur le positionnement et l'utilisation de compétences médicales adéquates en ARS.

² Protocole d'accord entre le Ministère de la Santé et des Solidarités et le Syndicat des Médecins Inspecteurs de Santé Publique du 12 février 2007.

³ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique :

Annexe – Rapport d'objectifs de santé publique - Partie 1 : le cadre de référence : « L'élaboration de la politique de santé publique nécessite de distinguer deux niveaux dans l'approche de la santé : celui des personnes et celui de la population... »

Annexe 2

Cette spécificité doit donc être reconnue et préservée par une gestion adéquate des compétences médicales de santé publique des MISp et autres médecins de santé publique exerçant en ARS, dans les agences nationales et dans l'administration centrale.

1) L'utilisation des compétences médicales de santé publique dans les administrations de l'Etat :

La prise en compte de l'approche populationnelle devrait se traduire dans un répertoire métiers, par la désignation de cette expertise spécifique, sous un intitulé « **médecin expert en santé publique/santé des populations** ».

Une perte de sens et un profond malaise ont été identifiés parmi des médecins d'ARS et en particulier des MISp, dans le cadre de l'enquête menée par C Lassalle pour l'AMISp, et dans le cadre d'échanges pilotés par le SGM entre les médecins travaillant en ARS, les directions d'ARS et la DRH en 2012-13.

Ces constats s'expliquent pour partie, par la non reconnaissance des savoirs supplémentaires et spécifiques acquis au-delà de la formation médicale, pour accéder à la spécialité de santé publique et apporter une plus value aux décisions de politiques de santé publique, **dès la réflexion stratégique d'amont**. Ces difficultés sont aussi rapportées par des adhérents au niveau central.

Pour progresser dans le cadre des échanges sur l'utilisation des compétences « médicales » dans les ARS et au-delà, il apparaît essentiel de reconnaître l'identité des médecins de santé publique. Ils forment l'essentiel des effectifs de médecins pertinents pour l'approche populationnelle/de politiques publiques, et parmi eux, les MISp majoritaires occupent traditionnellement des postes dans les administrations centrales et locales du ministère de la santé.

L'AMISp entend donc approfondir la réflexion sur la prise en compte des connaissances de santé publique portées par les médecins en ARS, lorsque l'objet en est la santé des populations (donc les politiques de santé). Ce thème est à l'ordre du jour des prochaines journées organisées par l'AMISp au ministère.

L'AMISp a ouvert ses journées à l'ensemble des médecins travaillant en ARS dès 2010 et souhaiterait être en mesure d'aller au-delà, en modifiant les statuts associatifs, ou en créant des alliances, pour s'articuler avec des médecins et autres professions partageant leur conditions d'exercice et disposant d'un bagage de santé publique (infirmières, ingénieurs, pharmaciens, dentistes etc .. de santé publique). Cette identification partagée à la santé publique, une fois reconnue, facilitera le développement d'interactions productives, dans la complémentarité.

A ce jour, l'absence de reconnaissance de cette identité professionnelle, distincte de la pratique clinique et qui transparaît notamment dans le terme générique « compétences médicales », ne permet pas aux MISp d'engager une ouverture vers d'autres professionnels sans risquer de voir les spécificités du métier s'estomper plus encore. **Le travail en co-construction requiert en effet le respect de la place de chacun dans le processus de décision et la reconnaissance de la richesse induite par la diversité.**

L'action et ses effets, pour une finalité santé en population s'inscrivent souvent dans un long terme générateur d'impatiences. La complexité de la mesure et l'ambiguïté inhérente à l'approche prospective ne doivent pas mener à définir des objectifs simplistes à court terme, qui pour être facilement appropriés par autrui, seraient détachés de ceux de la santé en population et développés sans référence aux savoirs de santé publique.

Les médecins de santé publique sont là pour informer les options sous cet angle technique et souhaitent continuer à améliorer leurs capacités pour ce faire. Comme l'indiquent Cécile Courrèges et Alain Lopez : « Il convient de souligner que « Dans ce domaine de l'action publique qu'est la santé, la régulation exige compétence et rigueur. Trop sensible aux émotions entretenues par l'ignorance et incapable de résister à la pression des intérêts particuliers, le régulateur sera irrésolu ou mal avisé. Il faudrait une tête savante et froide

pour agir avec pertinence et constance en faveur de l'intérêt commun. Or, entre démocratie électorale et démocratie sociale, un impérium paraît doté de ces qualités et aptitudes, celui de l'autorité technique »⁴.

Dans un environnement sociétal et professionnel où la culture de santé publique reste inégale, le médecin de santé publique qui accède à des fonctions de gestion au sein de la hiérarchie administrative amène un savoir faire spécifique utile à la santé. Il s'agit de la capacité à décliner des compétences en management, en toute conscience de la place qui doit être faite aux savoirs techniques de santé publique. Dans cette posture bien distincte de celle, plus commune chez les MISP d'expertise en santé publique, l'enjeu devient l'orchestration d'actions administratives qui intègrent efficacement contraintes et opportunités, budgétaires et organisationnelles, en toute connaissance de l'importance des contributions à solliciter, notamment auprès des professionnels en position d'expertise de santé publique.

Aussi, les MISP souhaitent-ils pouvoir accéder aux formations et être reconnus compétents dans des postes relatifs au management des administrations de la santé, tout comme dans des postes d'expertise en santé publique où ils pourront développer et entretenir ces compétences.

Parmi les compétences/missions/tâches/savoirs des médecins de santé publique mal reconnus en ARS, sont cités par des adhérents de l'AMISP: la planification, la conduite stratégique de projets, l'analyse des risques, l'inspection.. etc. C'est dans la manière de conduire ces fonctions que les savoirs spécifiques des MISP doivent être mieux pris en compte, comme par exemple, la capacité à mettre en lien pratiques, planification et politiques de santé, dans une approche intégrée de "MISP de territoire, maîtrisant les outils et processus de la planification (SROS ou SROSM, dossiers d'autorisation, participation à des commissions d'établissements, négociations dans le cadre de la mise en place des GCS ou GCSMS, des Contrats Locaux de Santé,) et les outils d'inspections et de contrôle (programmés, visites de conformité, gestion des plaintes, ...) ».

Les adhérents ont exprimé la difficulté de travailler en aval de décisions stratégiques alors que leurs connaissances et savoirs ne sont pas interpellés suffisamment tôt pour que les enjeux de santé publique puissent être éclairés et formulés de manière pertinente. Ce contexte interroge sur l'intérêt que perçoivent nos organisations, eu égard à la présence de médecins, avec une formation scientifique bac + 12 à 15, de surcroît en seconde partie de carrière et qui sont dotés de compétences spécifiques de santé publique (dont épidémiologie, planification de la santé, évaluation etc.). Enfin, la diversité des pratiques et savoirs doit pouvoir être reconnue et encouragée, avec par exemple, les fonctions d'enseignement/ recherche, ou un accès à des formations diverses, allant de spécialités cliniques sur lesquelles ils ont un travail d'expertise à mener, jusqu'aux formations au management où à l'économie de la santé.

Si un toilettage des missions est proposé, l'AMISP propose que la santé publique soit un des principaux axes transversaux caractérisant notre spécificité et plus value de médecin de santé publique relativement à d'autres métiers.

Outre la question de la formation continue traitée ci-dessous, la reconnaissance de ces compétences implique leur préservation par **le maintien d'échanges techniques entre médecins de santé publique et autres professionnels de santé publique partageant les mêmes dossiers**, en ARS comme au niveau central. Lors de la mise en place des ARS, seuls certains collègues de médecins de santé publique ont pu être maintenus. La qualité de l'appui à la décision, renforcée par les débats entre pairs autour d'avis demandés à ces collègues, ne paraît que très inégalement reconnue. La mise en place des ARS a également introduit un filtrage managérial sur les communications entre les ARS et le niveau central, et entre les médecins de différentes ARS, qui estompent les contenus de santé publique et ne permet plus aux médecins de santé publique chargés de dossiers thématiques communs d'échanger et confronter leurs savoirs.

⁴ Cécile Courrèges et Alain Lopez, Santé publique 2012, volume 24, n° 3, pp. 229-240 : « L'Agence Nationale de Santé : le défi d'un pilotage national unifié, refusant technocratie et centralisation »,

2) La formation

La formation initiale des MISP intègre des éléments pratiques particuliers liés à l'exercice des fonctions régaliennes de l'Etat en santé et une familiarisation à l'environnement administratif ou s'exerceront leur compétences. L'AMISP contribue à la réflexion sur cette formation, au sein du groupe conseil pédagogique de l'EHESP.

La qualification en santé publique n'a pas à ce jour été demandée par nombre de MISP, en dépit des mesures convenues pour accompagner l'accès à cette qualification, après la première année de formation à Rennes, et sinon dans les trois premières années d'exercice⁵. En effet, cette qualification n'affectait pas en soi la pratique de la santé publique dans l'administration. L'environnement institutionnel changeant et l'avènement du DPC pourraient inciter les MISP à demander cette qualification systématiquement, car les MISP aspirent au développement de leurs compétences spécifiques de santé publique.

Si les MISP soulignent la nécessité de formations pratiques, initiales et continues, et dédiées aux activités relevant des fonctions régaliennes de l'Etat, ils demandent également à élargir leurs horizons et choix en termes de connaissances universitaires de santé publique et à multiplier les interactions entre médecins de santé publique en administration et avec d'autres professionnels de santé publique, praticiens ou chercheurs dans le cadre des formations (et pratiques quotidiennes).

La formation doit répondre aux obligations de service sur les fonctions régaliennes, mais aussi, elle s'inscrit, comme la santé publique et la connaissance, parmi les biens publics pour lesquels l'évaluation des besoins requiert un bagage scientifique que seul un organisme scientifique représentatif des différents volets de la santé publique peut apporter, comme ce peut être le cas du futur CNP santé publique. En effet, l'organisation d'un CNP pour une telle spécialité doit se distinguer de la démarche jusque là développée pour les spécialités cliniques avec les organismes au fait des bonnes pratiques cliniques.

C'est pourquoi, avec la mise en place du **Développement Professionnel Continu (DPC)**, l'AMISP souhaite contribuer aux travaux du Conseil National Professionnel de Santé Publique (CNP-SP), dont la mission sera de définir les standards du DPC pour tous les médecins spécialistes de santé publique⁶. L'AMISP s'est engagée aux côtés de la Société Française de Santé Publique et d'autres acteurs, dont le Collège des Universitaires de Santé Publique, pour la mise en place de ce CNP très particulier.

Les journées des médecins de santé publique que l'AMISP, association trentenaire organise dans le cadre de la formation continue constituent un premier exemple de formation conciliant l'approche cognitive avec l'analyse des pratiques : des intervenants universitaires et décideurs et des intervenants de terrain permettent de confronter théorie et pratique, et de développer une attitude réflexive et prospective. Il s'agit pour nous d'interroger collégalement nos pratiques en matière de contribution aux politiques de santé publique.

L'AMISP proposera que ces journées apparaissent aux catalogues de formation de l'EHESP et de la SFSP, une fois érigées en Organismes de DPC (ODPC). Les MISP disposeraient alors d'un choix d'ODPC conformément à l'esprit de cette réforme de la formation continue. L'AMISP souhaite poursuivre par ailleurs sa contribution à l'identification des besoins et à l'amélioration des formations, initiale ou continue, chaque fois que possible quand elle sera sollicitée par l'un ou l'autre de ces ODPC.

⁵ Protocole d'accord entre le Ministère de la Santé et des Solidarités et le Syndicat des Médecins Inspecteurs de Santé Publique du 12 février 2007.

⁶ décret 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des médecins.