



MEDECINS INSPECTEURS :

ROLE ET FORMATION

RAPPORT N°1

DE LA COMMISSION SANTE PUBLIQUE

Rapporteurs :

Hélène STROHL, Membre de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, rapporteur général

William DAB, Médecin santé publique à l'ORS Ile de France, commission 1

Jean GENOU, Médecin inspecteur régional, Rhône Alpes, commission 2

Annie SERFATI, interne santé publique, commission 3

INTRODUCTION : LES TRAVAUX DE LA COMMISSION SANTE PUBLIQUE : Une perspective très large, multidisciplinaire et multiprofessionnelle de la santé publique.

Contrairement à d'autres groupes de travail ayant été réunis dans le passé, type commission des profils, la commission santé publique¹ a développé une approche avant tout prospective. L'objectif en est stratégique : comment faire rattraper à la France un retard important par rapport aux autres pays développés tant dans la formation de professionnels de santé publique que dans l'utilisation d'une démarche de santé publique dans la conduite des politiques de santé.

L'appareil de formation, en santé publique souffre sans doute autant d'une faiblesse quantitative que d'une dispersion des acteurs.

C'est pourquoi avant même les propositions qu'elle a pu élaborer, l'avancée de cette commission est son existence même : avoir réuni ensemble des représentants d'institutions et de professions qui trop longtemps se sont ignorées.

La commission s'était fixé deux objectifs : la réforme du recrutement et de la formation des médecins inspecteurs et la promotion de la santé publique. Le deuxième objectif, à plus long terme fera l'objet d'un rapport ultérieur sur la stratégie à adopter pour développer une approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle de formation et de collaboration des professionnels de santé publique. Il s'agit également de discuter les conditions permettant de disposer pour les tâches nécessaires d'un réseau de compétences de haut niveau. L'objectif visé est de permettre la formation et la recherche aux différents niveaux requis (de base, professionnel spécialisé, académique) non seulement des professionnels de santé publique spécialisés (médecins, ingénieurs, pharmaciens, vétérinaires, épidémiologistes etc..) mais aussi de ceux qui ont à intégrer cette

¹ cf. annexe I. Composition de la Commission

démarche (urbanistes, architectes, industriels) et de ceux qui appliquent les décisions en matière de santé (gestionnaires de systèmes de soins, décideurs etc...).

La commission Santé publique s'est réunie du 4 septembre 1987 au 25 février 1988. Elle a tenu 4 séances plénières et chaque sous commission s'est réunie une ou deux fois entre ces séances.

La première sous commission "Tâches, missions" a élaboré la réflexion sur les missions de santé publique et sur les fonctions des médecins inspecteurs qui figurent en annexe.

La deuxième sous commission "Image", a souhaité connaître l'image qu'ont de la santé publique, les médecins inspecteurs eux-mêmes, les médecins en général (questionnaire "quotidien du médecin"), le grand public (sondage d'opinion IFOP). Les investigations sont en cours ; c'est à partir de leurs résultats que ce groupe proposera une stratégie de promotion de la santé publique (choix du message, des cibles, des moyens de communication).

La troisième sous commission "Formation" a :

- réfléchi au modèle d'une faculté de santé publique multidisciplinaire et multiprofessionnelle
- a commencé à dresser l'état de l'existant en matière de formation en santé publique des professionnels de santé et des travailleurs sociaux dans le cadre des cursus de formation initiale de ces professions (vétérinaires, ingénieurs, médecins, pharmaciens, infirmières, directeurs d'hôpitaux, travailleurs sociaux...)

Les sous commissions 1 et 3 ont consacré une séance spécifique au problème de recrutement et de formation des MIS.

Le premier objectif de la commission, était donc de faire des propositions sur le recrutement, la formation et les fonctions des MIS. La réflexion générale a été déterminante dans les prises de position concernant ce problème.

De l'ensemble des discussions de la commission comme de ces séances spécialisées, il est apparu qu'il était nécessaire.

- de recentrer les fonctions des MIS dans une optique de santé publique
- de modifier en ce sens leur recrutement, leur formation initiale et continue dans le cadre de l'ENSP
- de réorganiser leurs attributions et les principes de leur affectation.

Ces trois points font l'objet du présent rapport.

1 - RECENTRER LES FONCTIONS DES MEDECINS INSPECTEURS DANS UNE OPTIQUE DE SANTE PUBLIQUE

1.1 - L'évolution du rôle des médecins inspecteurs¹

Sans retracer toute l'histoire des médecins inspecteurs, on notera quelques faits qui peuvent expliquer la nécessité actuelle d'une réforme :

- la profession de médecin inspecteur s'est longtemps confondue avec celle de médecin fonctionnaire.

¹ Les deux sous chapitres suivants (1.1 et 1.2) retracent des réflexions sous jacentes au travail de la commission. Ils n'ont cependant pas été discutés sous cette forme. La synthèse qui suit est donc celle du rapporteur.

Etre fonctionnaire n'est certes pas une tare. Mais dans un milieu médical, fortement marqué par l'indépendance, l'individualisme mais aussi les contraintes pratiques des soins comme les rémunérations supérieures, le médecin inspecteur a longtemps été considéré comme :

- un homme de bureau et non de terrain
- un personnage à horaires réguliers et sécurité d'emploi
- un homme de papiers plus que d'ordonnances
- de normes plus que de diagnostic.

Le statut de ce corps, la rémunération relativement faible de ces fonctionnaires, quand on la compare à celle des hospitalo-universitaires, mais aussi à celle des praticiens hospitaliers et celle des médecins conseils des caisses de sécurité sociale, est un facteur de déconsidération¹.

Si le salaire de départ, en tous cas pour ceux des MIS qui auraient fait l'internat n'est pas scandaleusement bas (presque 10 000 F/mois), la progression est faible et les différences entre ceux qui avancent vite et ceux qui n'avancent qu'à l'ancienneté, est faible.

La féminisation du corps est assez récente ; c'est le corps des médecins de santé scolaire qui était majoritairement féminin. Quant au corps des MIS, il a fluctué, attirant plus de femmes, dès lors que celles-ci étaient plus nombreuses dans les études de médecine et atteignant un équilibre actuellement.

Il semblerait en tous cas, que les générations plus jeunes aient une vocation de santé publique plus affirmée et une volonté de renforcer leurs compétences², et leur rôle.

¹ cf. annexe 3 : comparaison des rémunérations de certains corps de médecins salariés

² En témoigne récemment le colloque organisé par l'Amicale des MIS Rhône Alpes

L'évolution des fonctions des MIS vers un rôle essentiellement administratif a été sans doute renforcée par le peu de crédit qu'a (avait) en France la démarche de santé publique, notamment dans l'approche de la puissance publique. En effet, alors que d'autres administrations ont très tôt fait valoir la spécificité de leurs domaines en se dotant des grands corps techniques adéquats (Corps des Ponts, des Mines, IGRF), le ministère de la santé a laissé les hôpitaux et les médecins déterminer les objectifs et les besoins, se contentant de la gestion des moyens. En témoignent l'organisation très centralisée du ministère, l'abondance des circulaires, la prépondérance des corps administratifs aux niveaux de décision : 5 directeurs, 4 énarques, 1 inspection générale composée pour la partie Sécurité Sociale, et Santé de 57 administratifs, 14 médecins, 1 pharmacien, la présence de 28 médecins et 8 ingénieurs sanitaires sur 85 cadres A à la direction générale de la santé.

En témoignent aussi les évolutions de l'organisation de l'inspection de la santé dans les services extérieurs : d'abord indépendante ensuite intégrée comme service des directions départementales, pour part indépendante avec ses compétences propres dans les directions régionales.

En témoigne enfin le petit nombre de directeurs des services extérieurs médecins de santé publique de formation, alors même que c'est la règle dans d'autres services extérieurs. (DDE, DDA) où le recrutement d'administratifs est minoritaire.

Cette évolution du ministère de la santé n'est bien sûr pas indépendante de celle de la médecine en France, qui longtemps a privilégié le soin sur la prévention, le colloque singulier médecin/malade sur l'approche en terme de santé des populations et ne collectivisait que la gestion et le financement des systèmes de soins. En dehors de quelques exemples remarquables comme le programme périnatalité, il n'y a jamais eu en France élaboration d'une politique de santé déterminée par des objectifs prioritaires.

En période d'abondance de moyens, cette approche qui libérait les médecins de toute contrainte économique voire sociale, n'a pas eu d'effet néfaste sur la santé des populations, le système permettant l'ajustement du financement aux besoins déterminés par les médecins.

La puissance publique n'avait alors à intervenir que pour :

- s'assurer qu'une offre égale et maximale (en termes techniques et normatifs) était assurée sur tout le territoire
- contrôler que les fonds publics étaient bien utilisés à satisfaire les soins et non pas détournés
- coordonner les interventions exprimant une prérogative de puissance publique, la liberté individuelle devant alors s'effacer devant la nécessité du bien public : épidémies, maladies transmissibles etc...

Dès lors les DDASS et les DRASS exerçaient avant tout un contrôle sur le système de soins, et les médecins inspecteurs quant à eux contrôlaient de manière indépendante la régularité par rapport à des normes techniques et légales des moyens.

Les effets de cette approche budgétaire de l'administration de la santé, sur les fonctions des médecins inspecteurs ont sans doute été renforcées par l'évolution du système de soins, et en particulier de sécurité sociale, ainsi que par les progrès de la médecine. En effet l'aspect médecine sociale, hygiène, prévention des épidémies et des maladies transmissibles a perdu de sa force dès lors que presque toute la population française avait accès au système de soins et que disparaissaient ou s'atténuaient les grandes menaces épidémiques.

1.2 - La nécessité d'une démarche de santé publique

1.2.1 - Une nouvelle approche de la santé

Ce détour historique peut expliquer pour part l'organisation actuelle de l'intervention de l'Etat, des collectivités locales, et de l'administration en général (hôpitaux) dans le domaine de la santé. Mais plusieurs phénomènes doivent être notés qui nécessitent sans doute une révision de cette approche. Sans avoir la prétention de les citer tous, on peut avancer :

- Le ralentissement de la croissance des financements socialisés a bouleversé le fonctionnement traditionnel de l'appareil de soins, dans la mesure où la demande ne peut plus seule déterminer les moyens : enveloppes globales et limitées, redéploiement, recherche d'économies ont profondément changé les règles du jeu entre l'administration et les prestataires de soins, en particulier l'exercice de la tutelle sur les établissements et services, comme la gestion de ceux-ci.

- les difficultés budgétaires surgissent au moment où les moyens médicaux deviennent de plus en plus techniques et très coûteux.

- l'évolution urbaine et technique de la société française induit de nouveaux risques qu'il appartient à la puissance publique de surveiller, prévenir, juguler.

- la réapparition de risques épidémiques et accidentels forts implique une intervention en termes de santé des populations qui nécessite à la fois une approche médicale, garantissant les libertés individuelles et efficace dans des politiques de prévention complexes à établir¹.

¹ On rappellera ici que selon plusieurs groupes d'experts, il semblerait raisonnable de disposer d'un épidémiologiste pour 25 000 habitants et 40 médecins praticiens. Malgré la puissance du CDC, les Etats Unis disposent actuellement d'un taux deux fois plus faible. Il serait intéressant de recenser les forces françaises ou européennes dans ce domaine !

- le poids croissant des personnes âgées peut aussi être évoqué comme un facteur nécessitant l'ajustement de politiques à objectifs.

- les progrès dans la connaissance des facteurs déterminant un certain nombre de problèmes de santé doivent pouvoir se traduire en politique de prévention.

- l'évolution politico-administrative de la France et en particulier la décentralisation qui a multiplié les pôles de décision et les instances de financement en matière de politiques de soins et de prise en charge médico-sociale implique un renforcement à l'échelon local des approches techniques, un rôle renforcé de l'instance locale non seulement dans l'application, mais dans la détermination d'objectifs très fins, adaptés à des situations plus différenciées sur le territoire et susceptibles d'évolutions rapides.

- enfin il devient nécessaire non seulement de fixer des objectifs et des moyens pour une politique de santé, mais d'évaluer ces politiques ou des techniques en termes de résultats, c'est à dire leurs conséquences sur l'état de santé des populations. En ce sens, l'information sur l'état de santé des populations est une ressource à prendre en compte.

1.2.2 - La prise en compte d'une démarche de santé publique par l'Etat.

Il est donc maintenant indispensable que l'Etat détermine et mène les politiques de santé dans une approche plus technique que purement budgétaire, plus pragmatique que purement réglementaire, plus, mais mieux interventionniste. Et cette intervention justifiée tant par la croissance des dépenses de soins que par l'apparition de risques

collectifs majeurs ne peut être conduite sur un mode bureaucratique. A l'approche budgétaire pure se substitue celle de l'analyse de gestion, à la détermination de moyens se substitue celle d'une programmation de ceux-ci en fonction d'objectifs clairement énoncés et élaborés avec les acteurs chargés de leur mise en oeuvre, au contrôle se superpose une fonction conseil négociation, toutes approches qui nécessitent que les agents de l'Etat interviennent à compétences égales dans le débat avec leurs partenaires.

De même que la fonction de commissariat aux comptes à l'égard des entreprises, s'est enrichie d'une fonction de conseil de gestion, allant jusqu'à la détermination d'objectifs stratégiques, de même la tutelle des établissements ne peut plus se suffire d'une simple allocation de moyens fixés sur des normes nationales dont on ne contrôlerait que l'utilisation a posteriori.

Observation et détermination des besoins, choix d'objectifs, planification des moyens, inspection conseil, négociation, concertation deviennent alors les missions majeures des services de l'Etat chargés de l'élaboration et de la mise en oeuvre d'une politique de santé.

La nécessité de choix budgétaires implique une évaluation des pratiques, des techniques, des institutions et des essais cliniques pour fonder la décision.

La complexité croissante de ces choix implique une technicité et une rigueur qui ne se satisfont plus des seules règles comptables, mais pas non plus d'un simple avis de conformité technique. Le nombre de facteurs à prendre en compte dans la prise de décision implique un recueil et une analyse des connaissances disponibles préalables à celle-ci (l'information est une ressource).

C'est pourquoi, la démarche de santé publique, qui consiste après examen de l'état de santé d'une population (abord global ou très ciblé, sur un problème ou sur un ensemble de problèmes) à poser un

diagnostic et à prescrire une thérapeutique (détermination d'un objectif, programmation d'une action au niveau collectif) est fondamentale.

1.2.3 - Les missions de santé publique

Cette démarche s'articule autour de 7 missions que la sous commission 1 a analysées.¹

Après avoir rappelé, en introduction, que la santé publique est un champ d'action plus qu'une discipline en tant que telle, la commission 1 souligne que la finalité générale de toute intervention sanitaire est la promotion de la santé. Elle propose ensuite que toutes les missions identifiées s'appuient sur une démarche commune à savoir la concertation et la synthèse. Elle distingue ensuite sept missions générales :

- . Deux missions orientées vers le diagnostic : l'observation de la santé et l'évaluation.
- . Une mission d'organisation du système de santé : la planification
- . Deux missions d'action sur le terrain : l'intervention de santé publique et la coopération internationale.
- . Deux missions, qui constituent, en fait des outils pour la Santé Publique, mais dont l'importance est telle, qu'ils méritent d'être considérés en tant que mission à part entière : la formation et la recherche.

Pour chacune de ces missions, le groupe de travail a proposé une définition, a précisé les sous-missions importantes et a discuté les compétences requises pour son accomplissement. Ces constats sont résumés dans des tableaux de synthèse².

¹ Cf. annexe 5. Rapport de la sous commission 1

² Cf. annexe 6 précitée

A partir de ce cadre général, le groupe s'est interrogé sur la place des médecins inspecteurs dans chacune des missions. Il a constaté que ceux-ci avaient un rôle à jouer dans toutes les missions sans exception. Tout en refusant que le métier de médecin inspecteur se spécialise à l'excès et en faisant de celui-ci "un généraliste de Santé Publique", la sous-commission propose de distinguer quatre grandes orientations dans l'exercice de ce métier. L'épidémiologie (orientée vers la surveillance), l'action sanitaire et sociale¹ dans les secteurs relevant de la compétence de l'Etat, la planification et l'évaluation².

1.3 - Les fonctions essentielles des médecins inspecteurs

L'ensemble de cette réflexion amène donc inévitablement à réexaminer le fonctionnement de l'inspection de la santé et la place qu'elle doit occuper dans les services extérieurs, mais aussi dans l'administration centrale.

1.3.1 - Le MIS, un professionnel spécialisé de santé publique

C'est en ce sens que les deux sous commissions (tâches, missions et formation) qui ont abordé plus particulièrement le problème des médecins inspecteurs ont avancé, déterminant dès lors quelques priorités dans l'exercice des fonctions de médecins inspecteurs.

- le médecin inspecteur est un professionnel spécialisé de santé publique qui doit aborder les problèmes posés par l'élaboration, la mise en oeuvre l'évaluation des politiques de santé avec sa compétence particulière.

¹ La fonction de médecin de liaison santé scolaire a été considérée comme devant être une fonction de santé publique (observation, action sur les populations scolaires), relevant d'une formation actions sanitaires, cf. annexe 7

² Cf. annexe 7 : Sous Commission 1 : les fonctions des médecins inspecteurs

- intégré dans une cellule multiprofessionnelle qui comprend d'autres professionnels spécialisés de santé publique, en particulier les ingénieurs sanitaires et les statisticiens, mais aussi des administrateurs¹, il doit élaborer et transmettre les arguments de santé publique indispensables à la prise de décision, et à l'évaluation des institutions et techniques et actions de santé.

1.3.2 - Une spécialisation des MIS selon les compétences nécessaires

- la démarche de santé publique pouvant se décomposer en tâches plus spécialisées, il peut être nécessaire de spécialiser les médecins inspecteurs de telle manière à ce que chaque service de l'Etat (service extérieur ou service central) dispose des compétences nécessaires à l'exercice de ses différentes tâches².

- dès lors que la situation actuelle ne permettrait pas d'appliquer immédiatement un schéma d'organisation du travail permettant sur place la collaboration de personnels spécialisés, il est nécessaire de prévoir une collaboration entre les échelons régional et départemental comme entre deux départements ou entre l'échelon national et l'échelon local, collaboration qui permette le recours fréquent à la demande des médecins inspecteurs à ceux des leurs qui pourront jouer un rôle d'expert, de superviseur, de formateur, dans des situations précises.

- les médecins inspecteurs professionnels de santé publique doivent pouvoir jouer un rôle de coordination synthèse entre tous les acteurs locaux, professionnels spécialisés ou non en santé publique, c'est à dire avec les spécialistes de santé publique hospitalo-universitaires comme avec les professionnels de santé voire les usagers quand ils exercent une fonction de santé publique.

¹ Ce travail en équipe implique un minimum de langage commun, une formation de base à la démarche de santé publique pour les administratifs, une compréhension des impératifs administratifs pour les médecins.

² Cf. annexe 7 précitée

- les médecins inspecteurs professionnels de santé publique ne sont pas en tant que tels décideurs. Et ce tant dans leur rôle d'observation de la santé que de détermination des priorités, de planification, d'intervention voire de promotion de la santé.

Par contre rien n'interdit, bien au contraire, qu'ils occupent des postes de décideurs (comme directeurs de services extérieurs, chefs de bureaux, sous-directeurs, directeurs de centrale etc..). De la même façon que dans une carrière un médecin peut devenir directeur d'établissement, un ingénieur des ponts directeur départemental de l'équipement et ceci sans renier sa formation, mais en changeant de position et de point de vue.

C'est à partir de l'ensemble de ces principes fonctionnels qu'ont été abordés plus précisément les problèmes posés par le recrutement et la formation des médecins inspecteurs à l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Les 4 tableaux, brièvement commentés qui figurent en annexe 7 définissent alors les profils plus spécialisés des médecins inspecteurs, qui doivent déterminer à terme :

- la formation initiale et continue des MIS
- leur recrutement
- les critères d'affectation des MIS ou en tous cas la description normative des postes à pourvoir dans les services extérieurs et en centrale.

Après avoir ainsi défini ces critères, il importera que le Ministère envisage à plus long terme une réforme des attributions des MIS de manière à recentrer leur tâches, sur les missions de santé publique. (déléguer à d'autres les tâches qui ne sont pas spécifiquement de leur compétence de médecins de santé publique, développer leur potentiel d'intervention dans les fonctions définies comme tâches de santé publique).

2 - MODIFIER LES CONDITIONS DE RECRUTEMENT DES MIS

Deux sous commissions (n°1 et n°3) ont consacré chacune une séance de travail au problème du recrutement et de la formation des MIS.

Si à l'intérieur de ces commissions un consensus s'est dégagé sans peine quant aux principes et aux finalités du recrutement et de la formation, les modalités pratiques du recrutement en particulier, ont dégagé des prises de positions plus particularistes, selon qu'elles émanaient de l'un ou l'autre acteur de formation (universités, ENSP), des employeurs futurs, des groupes de candidats potentiels (internes santé publique ou médecins santé scolaire par exemple).

On présentera d'abord les grands principes sur lesquels il y a eu accord des membres de la commission, avant de discuter les modalités pratiques du recrutement, et de la formation des MIS.

2.1 - Les principes consensuels : une formation en santé publique de haut niveau pour les MIS.

2.1.1 - Un spécialiste de santé publique au service de l'Etat

Les médecins inspecteurs sont des médecins de santé publique exerçant leurs missions dans le cadre de l'administration de l'Etat, comme médecins inspecteurs de la santé.

2.1.2 - Un recrutement sur concours

Comme tous fonctionnaires ils doivent être recrutés sur la base d'un concours sur des critères transparents. Ce concours doit être un concours de santé publique.

2.1.3 - L'ENSP, une grande école d'application en santé publique

Les médecins inspecteurs doivent être recrutés parmi des professionnels ayant une formation théorique et une expérience de base en santé publique. Il appartient à l'ENSP de les professionnaliser pour le métier de médecin inspecteur de la santé, c'est à dire d'être une grande école d'application de santé publique.

2.1.4 - Concours externe et concours interne

Comme dans tout accès à la fonction publique, il faut prévoir un concours externe et un concours interne destiné aux médecins exerçant déjà une mission de Santé publique pour le compte de l'Etat, des collectivités locales, voir des organismes parapublics¹.

2.1.5 - La prise en compte du DES santé publique

La mise en place d'une nouvelle formation pour les MIS doit prendre acte de l'existence toute récente du diplôme de santé publique qu'est le DES santé publique acquis après le concours de l'internat et délivré par l'Université. Elle doit à la fois se déterminer par rapport à cette nouvelle "filière" et potentialiser l'avancée ainsi faite à la santé publique dans le domaine hospitalo-universitaire.

Les Universités et l'ENSP doivent collaborer pour fournir aux futurs MIS des cursus de formation complémentaires et non redondants, chaque appareil de formation développant ses compétences propres.

2.1.6 - Une réforme des études de MIS à l'ENSP

La réforme des études à l'ENSP qui en découle doit dès lors permettre à celle-ci :

- d'exercer à un niveau plus élevé et mieux défini une mission de formation en santé publique non seulement des Médecins inspecteurs mais des autres professionnels (IAS, ADH, IG, Ingénieurs sanitaires)²

¹ On songe ainsi à certains médecins travaillant dans des ORS

² la commission 3 a souhaité que soit noté dès à présent qu'il serait souhaitable qu'une réflexion sur les fonctions, le recrutement et la formation des pharmaciens inspecteurs soit engagée dans la même logique que celle qui a été menée pour les MIS.

- de développer dès la formation des différents personnels une habitude de collaboration dans une démarche de santé publique.

- de réaliser une intégration plus poussée de ses enseignements avec l'Université en permettant que s'organisent des collaborations, mais aussi en développant des formations diplômantes, "cohabilitées par l'université et l'École"¹.

Celles-ci auraient l'avantage de faciliter à terme une certaine mobilité des fonctionnaires (par détachements en France ou à l'étranger, dans le public ou le privé) et d'utiliser l'ensemble des moyens de l'École pour la formation de clientèles plus diversifiées.

2.1.7 - Une pédagogie diversifiée

Aucune formule de formation ne doit être écartée à priori, en particulier formation par modules thématiques à partir d'expériences de terrain, formations pour part déléguées, formation étalée pour permettre une meilleure adéquation au terrain professionnel (type CDC) etc...

2.1.8 - Conserver des débouchés diversifiés pour le DES santé publique

Le métier de MIS n'est pas, et ne doit pas être l'unique débouché du DES de santé publique ; ceci implique de conserver une formation post DES spécifique à cette profession, et implique aussi que l'accès au métier de MIS soit pas un pis aller pour les internes de santé publique. Ceci signifie dès lors, que certains MIS doivent pouvoir entamer à l'ENSP, puis suivre avec son aide des formations diplômantes, qui permettront une diversification de leurs carrières comme l'université diversifierait ses recrutements. (recrutant des personnes qui n'ont pas fait toute leur carrière dans le sérail). Inversement l'ENSP n'est pas qu'un lieu de formation des médecins, fussent-ils médecins inspecteurs. L'intérêt d'une formation post DES en santé publique à l'ENSP, vient de son public diversifié (directeurs d'hôpitaux, IAS, pharmaciens, ingénieurs sanitaires).

¹ Il en serait ainsi de DESS, magistère par exemple.

2.1.9 - Supprimer le recrutement sur titres des non spécialistes de santé publique

L'existence en France d'un enseignement universitaire de santé publique formant des spécialistes de santé publique pose la question du recrutement sur titres de catégories qualifiées, hospitalo-universitaires ou chercheurs de l'INSERM, en particulier. Dès lors qu'il existe un DES de santé publique, le recrutement sur titres et la formation accélérée des assistants chefs de cliniques non spécialistes de santé publique comme de chercheurs de l'INSERM ne paraissent pas devoir être conservés. Par contre rien n'interdit, au contraire, que ces personnes se présentent au concours de l'ENSP, dès lors qu'ils auraient satisfait aux prérequis de santé publique.

2.2 - Les points en discussion

De l'accès sur titres et travaux avec formation accélérée pour les titulaires d'un diplôme de santé publique (DES ou équivalent étranger), à l'instauration d'un concours sur épreuves, de santé publique, accessible à tout médecin, tous les scénarios ont été évoqués par les commissions.

2.2.1 - Une nécessité de revoir les modalités du concours

Le concours tel qu'il est organisé par le décret de 1973 modifié, prévoyait deux accès :

- un concours sur épreuves ouvert à tout médecin, à charge pour lui de passer le CES de santé publique avant sa titularisation¹,
- un concours sur titres et travaux pour les titulaires de certains titres dont certains avaient à voir avec la santé publique, d'autre pas.

¹ Clause supprimée depuis l'arrêté de mars 1987.

Deux choix s'offrent donc :

- permettre aux titulaires du DES d'accéder à l'ENSP comme les anciens chefs de clinique, sur titres et travaux avec une formation accélérée.
- remodeler tout le concours.

La commission s'est prononcée pour une refonte complète, dès lors qu'existe le DES santé publique.

2.2.2 - Pas de concours spécifique pour les DES santé publique

L'instauration d'un concours réservé aux titulaires du DES santé publique ne paraît pas de nature à promouvoir, ni le DES, ni le statut de médecin inspecteur.

En effet si la seule possession du DES santé publique, permettait l'accès sur titres au métier de médecin inspecteur.

- on serait bien en peine de départager les titulaires du DES entre eux, sur des critères suffisamment transparents.

- la régulation des flux serait difficile à assurer, à moins de permettre un report de places entre le concours, réservé aux DES et l'autre concours, qui permette d'ajuster les besoins annuels en médecins inspecteurs avec les stratégies fluctuantes des promotions successives de titulaires du DES santé publique.

- le débouché "naturel" du DES santé publique qu'est le concours de MIS, serait très éloigné dans ses modalités du débouché naturel des DES de spécialités que sont les concours de praticiens hospitaliers. En effet dans ce cadre là, les médecins titulaires du DES ne peuvent accéder à des postes de praticiens hospitaliers qu'après avoir passé un concours sur épreuves (écrites et orales, avec un oral sur titres et travaux), l'accès direct sur titres, n'est prévu que pour les anciens internes qui ont exercé le clinicat pendant deux ans au moins. On comprendrait mal, pourquoi en santé publique, le titulaire du DES se verrait crédité sans épreuves, sur la seule base de son titre de DES d'un poste.

D'ailleurs après concertation entre eux, les internes se sont rangés à cette position, estimant qu'ils devaient être recrutés sur concours (et non pas seulement sur titres), mais à condition que l'organisation du recrutement établisse une reconnaissance du DES santé publique.

2.2.3 - 2 logiques de recrutement : un concours unique avec prérequis de santé publique, des concours spécifiques selon les origines.

L'organisation du concours de recrutement des élèves MIS peut être faite selon deux logiques : soit homogénéiser le niveau des connaissances méthodologiques en santé publiques avant le concours, soit prévoir plusieurs concours ou accès selon le type de formation universitaire en santé publique des candidats MIS et homogénéiser le niveau de santé publique à l'ENSP après le concours. Les deux logiques seront exposés, il faut noter que les membres de la commission santé publique étaient en large majorité favorables à la première.

. Première hypothèse

Un concours unique de santé publique, en deux temps.

1°/ Validation d'acquis, de niveau DES santé publique. Les épreuves seraient une validation des acquis méthodologiques correspondant aux enseignements délivrés aux internes de santé publique dans les 6 modules dits formations de base. (communication, épidémiologie, planification, économie, droit, environnement, soit 300 heures environ d'enseignement).

Cette validation d'acquis correspondrait à une admissibilité au concours d'entrée à l'ENSP. Les titulaires du DES santé publique en seraient dispensés.

2°/ Les candidats admissibles subirait les épreuves d'admission suivante :

- une épreuve écrite
- une épreuve sur titres et travaux
- une épreuve orale

. Ces épreuves ne seraient pas organisées selon un mode d'évaluation scolaire (QCM ou question de cours), mais auraient pour but d'évaluer la capacité des candidats à résoudre un problème de santé publique du type de ceux qu'ils auront à résoudre dans le métier de médecin inspecteur.

C'est pourquoi :

- l'épreuve écrite serait par exemple la rédaction d'une note exposant à partir d'un dossier la conduite à tenir dans une situation définie.

- l'épreuve orale testerait la capacité du candidat à exposer de manière rigoureuse et compréhensible des arguments de santé publique auprès de non spécialistes de santé publique. (administratifs, élus etc..).

- l'épreuve sur titres, travaux et expérience, permettrait au jury de juger aussi bien les mémoires, publications, et communications scientifiques des candidats que leur expérience (stages, expérience de terrain).

Ainsi organisé, un tel concours devrait laisser à l'admission toutes chances égales aux candidats, quelles que soient leur origines, les candidats de terrain étant sans doute mieux préparés à l'épreuve orale, les candidats titulaires de DES à l'épreuve sur titres et travaux. Un tel concours permettrait au futur employeur de tester non seulement les connaissances académiques des candidats (admissibilité), mais leur potentiel de savoir faire dans le métier pour lequel ils seraient recrutés.

. Deuxième hypothèse : Des voies d'accès spécifiques, selon l'origine des candidats.

Ce scénario part du principe suivant : les critères de jugement ne peuvent être les mêmes selon les formations initiales des candidats, il serait donc nécessaire de prévoir des filières de recrutement adaptées aux capacités des divers candidats.

Filière 1 : Les titulaires du DES santé publique ou d'un diplôme de santé publique juge équivalent par une commission.

Filière 2 : Les médecins ayant une expérience en santé publique, soit comme contractuels de l'Etat ou des collectivités locales (Médecins de Santé scolaire, de PMI), soit comme médecins santé publique hospitaliers, voire hospitalo-universitaires, soit enfin comme médecins exerçant des tâches de santé publique auprès d'organismes privés.

La logique qui sous tend cette deuxième hypothèse est la suivante : il serait aberrant de priver l'administration du recrutement de personnes, ayant fait leurs preuves dans des tâches de santé publique, parce que les conditions d'un concours trop académique, ne leur permettraient pas d'y concourir avec des chances égales à celles des personnes qui ont eu une formation santé publique initiale et académique.

Plusieurs questions restent posées, quant à cette seconde hypothèse :

- Peut-on traiter de la même manière des personnes qui ont une fonction de santé publique spécialisée (santé scolaire, PMI) et celles qui ont à la fois des titres et une expérience en santé publique nettement plus larges (anciens chefs de clinique et assistants-assistants de santé publique).

- Peut-on imaginer un concours sur titres commun à ces catégories ? (avec le même jury que pour le concours externe).

- La validation d'acquis méthodologiques peut-elle se faire par un concours de ce type ou faut-il prévoir ensuite une évaluation de ces acquis à l'ENSP et une formation en conséquence, formation de mise à niveau. Celle-ci pourrait être dispensée entre la publication des résultats et l'entrée en scolarité de toute la promotion (sessions intensives), ou faut-il prévoir des cursus différenciés selon les origines.

- Les concours des deux filières devraient-ils être les mêmes. Deux hypothèses ont été avancées :

- . un concours sur épreuves, identique pour les deux filières, avec seulement un nombre de places réservées à chaque filière.
- . un concours adapté à chaque filière.

Dans cette hypothèse, deux variantes peuvent être proposées :

Soit on teste les candidats sur leurs capacités, soit on teste les candidats sur ce que leurs titres ou leur expérience ne révèlent pas et dont on a besoin de s'assurer avant le recrutement.

Dans la première variante, les titulaires du DES concourent sur des épreuves type admissibilité de la 1ère hypothèse, les médecins de santé publique de terrain sur dossiers.

Dans la deuxième variante, les titulaires du DES subissent des épreuves type admission, les médecins de santé publique de terrain des épreuves permettant d'évaluer leurs acquis méthodologiques.

- Faut-il prévoir d'autres concours.

Si l'on suit jusqu'au bout la logique des concours spécifiques, selon les cursus antérieurs, il faut différencier ceux-ci.

. les titulaires du DES présenteraient à la sortie du DES un concours sur épreuves que pourraient aussi présenter les titulaires de l'ancien CES¹ ou d'un diplôme étranger équivalent.

. les médecins ayant exercé pendant un nombre d'années, à définir, comme praticiens de santé publique présenteraient un concours sur titres travaux et expériences, avec peut-être une épreuve écrite de santé publique.

. les titulaires du DES santé publique ayant exercé un clinicat de santé publique pendant deux ans au moins comme les assistants assistants en santé publique, seraient recrutés sur titres et travaux.

. les médecins qui ont exercé une autre spécialité ou qui ont exercé comme généralistes, mais qui souhaitent à un moment donné de leur carrière se spécialiser en santé publique comme médecins inspecteurs présenteraient un autre type d'épreuves.

Ce découpage en 4 concours n'a pas été proposé en l'état par la commission. Il semble cependant au rapporteur que dès lors que l'on n'opte pas pour un concours unique basé sur des prérequis en santé publique, il faut pousser la logique jusqu'au bout et prévoir des critères de sélection spécifiques par catégories de candidats. Il serait en effet absurde de prétendre que les médecins de santé scolaire seraient défavorisés dans un concours où ils affronteraient les titulaires du DES santé publique et par contre organiser un concours où sur un plus petit nombre de postes il concourraient avec les anciens chefs de clinique de santé publique.

¹ La position de la commission sur la filière réservée aux titulaires d'un CES de santé publique (avec les DES ou avec les non spécialistes) n'était pas consensuelle.

2.2.4 - Comparaison des deux hypothèses selon les objectifs visés.

A - Un haut niveau en santé publique pour les MIS
Objectif de formation des MIS : un bon niveau en santé publique appliquée au métier de médecin inspecteur. L'hypothèse du concours unique en 2 temps (admissibilité, admission) est à cet égard la plus opérationnelle. Elle permet de ne recruter que des candidats possédant à la fois un niveau académique en santé publique (admissibilité équivalente à un DES) et des aptitudes à l'exercice de cette profession (admission).

La deuxième hypothèse implique une formation à l'ENSP palliative et différenciée.

B - Objectif de formation pour l'ENSP : une grande école d'application en santé publique.

La première hypothèse est à cet égard plus simple, dès lors qu'il y a homogénéisation du niveau des candidats avant l'entrée à l'ENSP. La seconde hypothèse implique de fait des formations modulaires, voire des cursus différenciés.

Elle ne se conçoit aisément qu'après établissement pour chaque élève MIS d'une évaluation de ses connaissances et de ses acquis théoriques et pratiques, en fonction de laquelle serait bâti un projet de formation quasi personnalisé.

C - Objectif : Différenciation des origines des candidats

La première hypothèse implique que soit organisée pour les candidats à l'admissibilité (non titulaires du DES santé publique) une préparation à ces épreuves, sinon cette ouverture resterait théorique.

Deux problèmes se posent :

- le montage de telles préparations. L'ENSP pourrait les assurer, par diverses voies déjà connues : préparation par correspondance, par regroupements périodiques, par télématique etc....

- le financement de ces préparations. Pour les fonctionnaires d'Etat, elles s'analysent comme les préparations des concours. Le représentant du ministère de la coopération a exposé que son ministère prévoyait souvent de telles formations pour les médecins ayant servis pour ce ministère et dont celui-ci souhaite assurer le reclassement en France. Pour les fonctionnaires des collectivités locales, le problème se pose avec acuité pour les médecins de PMI ou les médecins des bureaux d'hygiène municipaux. Pour les médecins, libéraux, ou salariés de droit privé, une telle formation s'analyse comme formation permanente, et obéit donc aux mêmes règles que celle-ci (1,1 % pour les médecins salariés de droit privé, conventions éventuelles avec l'Unafomec pour les libéraux).

En tout état de cause, une épreuve d'admissibilité de niveau DES, modules de base, n'implique pas une formation forcément identique en temps à celle des internes ; en effet il ne s'agirait que d'épreuves validant les connaissances méthodologiques, académiques et l'on sait bien que de telles acquisitions sont largement accélérées dès lors que les personnes ont une motivation et une expérience professionnelle importantes.

La deuxième hypothèse paraît à première vue plus ouverte à un recrutement différencié. En effet les médecins de terrain ne seraient pas tenus de se présenter à des épreuves académiques auquel ni leur âge, ni leur expérience ne les prédisposent.

Mais le risque est important alors d'introduire des différenciations post concours, qui ne pourraient que nuire à l'harmonie du corps des MIS.

En effet, si pour le concours des praticiens hospitaliers, plusieurs voies sont offertes, elles sont toutes assises sur des prérequis dans la spécialité. Le DES de la spécialité en est un, mais il y en a d'autres en particulier les enseignements de 1° et 2° cycles. Pour ce qui est de la formation en santé publique, celle-ci n'est dispensée que très peu en 1° et 2° cycles, et les médecins qui n'auront pas suivi le DES de santé publique, n'auront aucune formation universitaire dans cette spécialité. Certes pendant quelques années les concours des MIS pourraient être alimentés par des candidats ayant suivi et validé les enseignements du CES de santé publique. Mais celui-ci étant en voie d'extinction, quelle serait la formation de base des futurs MIS non titulaires du DES santé publique ? Ne s'agirait-il pas, en tous cas pour la filière médecins de terrain d'une sorte de titularisation à l'ancienneté. N'est-il pas plus valorisant pour ceux-là mêmes de faire la preuve de leur capacité à concourir avec des titulaires du DES ?

Si la comparaison avec le concours de praticien hospitalier s'impose pour définir un cursus de carrière qui revalorise la santé publique, pousser cette comparaison trop loin, vu le petit nombre de personnes ayant suivi une formation en santé publique, risque de dévaloriser l'ensemble de la profession, en tous cas tant que la santé publique n'aura pas été enseignée plus tôt dans les études de médecine.

D - Objectif : Intégration des professionnels de terrain

Conserver à des médecins contractuels de santé publique la possibilité de se promouvoir comme MIS. Cette question est du point de vue du rapporteur relativement équivalente dans les deux hypothèses.

En effet la première hypothèse, qui serait défavorable à ces personnes (le concours risquant d'être "trusté" par les titulaires du DES santé publique) peut être aménagée en conséquence :

- une préparation à l'admissibilité organisée en formation permanente. (sur leur temps de travail).
- un pourcentage de places réservées au concours d'admission, au titre du concours interne.

La seconde hypothèse, qui leur serait apparemment plus favorable dépend des quotas de postes réservés aux différentes filières, et bien sûr des candidats admis à concourir dans chacune d'elles.

En fait le choix entre ces deux solutions ne peut être de principe car selon les modalités pratiques d'organisation des concours (préparation bien assurée sur le temps de travail, épreuves du concours, répartition des postes entre concours externe et concours interne, jury), elles aboutiront à des conséquences très différentes.

On rappelle seulement que les règles de recrutement de la fonction publique organisent toujours des concours externe et interne, avec des places réservées ainsi à la promotion interne, mais sur des bases de recrutement (épreuves du concours) identiques à celles du recrutement dit externe ou étudiant.

Par contre la titularisation ou la promotion à l'ancienneté ou au tour extérieur, ne sont réservés qu'à des opérations spécifiques dans le temps (titularisation des chercheurs contractuels au CNRS par exemple) ou à un très petit nombre de postes. Il s'agit en général de titularisation ou de promotion dans des fonctions ou un type de fonctions identiques à celles exercées, en aucun cas d'accession à une fonction complètement nouvelle.

Il semble en tous cas qu'introduire une discrimination entre les compétences requises, avant le concours, risque d'instaurer à l'intérieur du corps des MIS une fracture entre petit et grand concours, universitaires et autres.

Puisque de toutes façons, il faudra assurer à ces personnes du terrain, une formation complémentaire en santé publique, choisir de le faire avant le concours plutôt qu'après, permet de leur faire acquérir une légitimité a priori par rapport à leurs collègues issus du DES.

E - Objectif : Régulation des flux d'entrée dans le
métier de MIS

Cet objectif peut être assuré dans les deux hypothèses, avec quelques difficultés dans la seconde. Dans la première hypothèse, la qualité de la préparation à l'admissibilité, assure un nombre de candidats suffisants, l'épreuve d'admission déterminant la sélection entre tous les admissibles, sans quotas préalables -sauf éventuellement, ceux affectés aux concours interne et externe.

Dans la deuxième hypothèse, l'existence de concours spécifiques implique une détermination fine des quotas à partir des prévisions sur le nombre de candidats potentiels dans chaque cursus.

Il faut remarquer néanmoins qu'à moins de prévoir une détermination annuelle des quotas et un report large, l'administration risquerait d'être prisonnière des quotas qu'elle aurait fixés.

Si la part réservée au premier concours est importante, dès lors que ne présenteraient celui-ci que les titulaires du DES Santé publique, qu'en serait-il en cas de désaffectation de ce choix par les internes ? Qu'en serait-il au cas où les débouchés au DES autres que ceux de MIS se développeraient plus rapidement que le choix des internes (il y a au moins 4 semestres entre le choix définitif par les internes de leur spécialité et le concours de MIS). Le système du concours unique avec une préparation spécifique pour les médecins non titulaires du DES santé publique permettrait au Ministère de la Santé de développer une politique de recrutement au moyen d'une formation continue, de manière à lisser les coups d'accordéon dus aux effets de modes dans le choix des internes. On n'a sans doute pas intérêt à figer trop les modalités de recrutement par rapport aux cursus initiaux.

F - Objectif : Revalorisation de la fonction et du statut de médecin inspecteur.

L'ensemble de la commission santé publique s'est accordée sur cet objectif. Celui-ci passe par la mise en place d'un concours de recrutement des MIS sélectif, sur la base de de prérequis en santé publique.

Cet argument n'a pas échappé aux internes, ni aux universitaires. La tradition actuelle de la fonction publique française fait une adéquation entre le niveau indiciaire et le niveau de diplôme.

Dans cette mesure, la première hypothèse, concours d'admission sur la base DES ou niveau DES validé par une admissibilité, conforte le niveau initial de recrutement, plus que la diversification des modes de recrutement, dès lors que le seul titre universitaire en santé publique est le DES.

Une revalorisation d'un corps petit, aux origines disparates et non homogénéisé par un concours de haut niveau serait plus difficile à argumenter. Il paraît un peu illusoire de vouloir inaugurer des procédures de recrutement personnalisées, diversifiées pour un corps dont la spécialisation fonctionnelle n'est pas complètement assurée.

La commission santé publique n'a pas pris position par vote sur le choix d'une des hypothèses et a souhaité que les deux logiques figurent au rapport, pour servir de base de discussion. Comme cela a déjà été évoqué, une majorité forte de partisans de la première hypothèse s'est dégagée, la seconde n'ayant été avancée qu'à titre heuristique, au cas où un tel schéma (préparation, admissibilité, admission) se révélerait trop dissuasif par rapport à des bons professionnels de terrain. Plusieurs membres de la commission ont cependant fait remarquer que la première hypothèse avait l'avantage de résoudre de manière simple les exigences quant à la formation de base en santé publique que l'on pouvait avoir avant l'entrée à l'ENSP.

En tous cas le choix entre ces deux modes de recrutement influera notablement le processus de formation ultérieure à l'ENSP. Il importe donc que ces décisions soient prises rapidement. Il faut enfin remarquer, qu'au dernier concours, seuls les titulaires du CES santé publique ont réussi le concours, sauf exception rare et que le choix d'un recrutement à deux étapes (validation d'un prérequis en santé publique, puis sélection sur aptitudes à exercer le métier de MIS) en paraît d'autant plus fondé. Car l'accès apparemment facilité par un concours spécifique aux professionnels de terrain peut être un leurre, dès lors ceux-ci n'auraient pas eu l'occasion de formaliser et de valider leur expérience de santé publique.

2.2.5 - Obligation de la thèse pour la titularisation (pour les DES Santé Publique) et non pour présenter le concours

La nécessité d'être médecin pour être médecin inspecteur implique que les titulaires du DES santé publique soient thésés pour leur titularisation, pas forcément à l'entrée à l'ENSP.

En effet vu la jeunesse du DES santé publique, il apparaît difficile de permettre que ne se présentent au concours la première année que les titulaires du DES santé publique qui auraient déjà soutenu leur thèse.

Il apparaît au contraire possible de considérer qu'ils pourraient faire celle-ci pendant leur scolarité à l'ENSP avant la titularisation, celle-ci ne pouvant tirer qu'un bénéfice de cette collaboration avec l'université pour le suivi des thèses.

Cette mesure pourrait être transitoire, pour les 3-4 années à venir.

3 - MODALITES DE FORMATION DES MIS

3.1 - La formation dépend des modalités de recrutement

Le choix entre des cursus différents selon l'origine des élèves (titulaires du DES et autres) ou un cursus identique, dépend des modalités du concours d'entrée.

Dans l'hypothèse où il s'agirait d'un concours unique (après admissibilité de santé publique), il pourrait y avoir un seul cursus.

Dans l'hypothèse de concours différenciés selon les origines des candidats, il faut prévoir des cursus différenciés.

En effet le niveau des acquis méthodologiques, des outils de santé publique, ne serait pas homogénéisé par le concours d'entrée.

Dans le droit fil des réflexions de la commission, il semble indispensable de fournir à tous les futurs MIS ce niveau de base.

2 hypothèses ont été avancées :

- les candidats reçus au concours de type 2 (non titulaires du DES santé publique), suivraient une formation accélérée en santé publique.

- soit entre les résultats du concours et l'entrée à l'ENSP. Ce qui vu les dates du concours qui doit être reculé pour recevoir les titulaires de l'année du DES santé publique, c'est à dire après octobre, peut poser quelques problèmes.

- soit en tout début de scolarité pendant que les autres élèves feraient un stage par exemple.

- des cursus de formation différents seraient organisés en fonction des prérequis des candidats. Cette solution a deux désavantages :

. elle nécessite une grande organisation pour des petits effectifs (il y a de 25 à 30 candidats en tout).

. elle coupe en deux, voire en trois ou quatre une promotion, ce qui ne facilite pas l'acquisition d'une culture commune.

Il semble donc préférable, quelle que soit l'hypothèse de recrutement retenue, de prévoir que l'ENSP dispensera à tous les élèves MIS une formation commune, dès lors que ceux-ci auraient acquis avant le concours ou tout de suite après celui-ci les outils méthodologiques indispensables.

3.2 - L'ENSP, grande école d'application en santé publique ou école d'administration pour les fonctionnaires du Ministère de la Santé.

La refonte du concours d'entrée des MIS n'est pas un évènement accessoire. En effet, telle qu'elle est proposée elle accrédite l'idée que n'entreront à l'ENSP que des médecins déjà formés en santé publique. (par le DES ou par la préparation des épreuves d'admissibilité ou en tous cas ayant eu avant la scolarité proprement dite, l'occasion de mettre à jour leurs connaissances).

Dès lors il y a deux solutions :

- soit on estime que cette formation théorique et pratique en santé publique est suffisante et l'ENSP ne serait plus chargée que de la formation administrative des futurs MIS. Mais d'une part le niveau des DES est-il suffisamment homogène pour estimer que la formation, requise par un recentrage des fonctions des MIS sur des tâches de santé publique, est suffisante ; d'autre part la préparation d'épreuves de santé publique, peut-elle tenir lieu de formation appliquée en santé publique.

Certes il n'est peut-être pas pertinent d'accumuler les formations ? Mais il faut constater que ce rallongement des formations pour les professionnels de haut niveau est un phénomène qui se développe partout, et que d'autre part si l'on veut créer une culture

commune entre les différents médecins inspecteurs et aussi entre eux et leurs futurs collaborateurs, il est plus adéquat de le faire en développant une formation appliquée en santé publique.

- Soit donc, on profite de l'élévation du niveau en santé publique des élèves MIS pour mettre au point une formation appliquée en santé publique, peut-être orientée selon les types de fonctions qu'ils occuperont (ou souhaiteront occuper).

3.3 - Rénovation de la formation en santé publique à l'ENSP

Dès lors il est nécessaire que l'ENSP infléchisse sensiblement l'enseignement de santé publique actuellement prévu pour les MIS :

a - en évitant de refaire des enseignements de base déjà suivis par les élèves, soit dans le DES, soit dans la préparation de l'admissibilité. (on pense aux enseignements intitulés compléments d'épidémiologie, de méthodologie statistique, d'informatique, diagnostic de santé dans la communauté, politiques de santé, évaluation des pratiques, des techniques, interventions et actions en santé publique mais aussi au bloc intitulé le système de santé français et ses acteurs).

b - en approfondissant certains domaines d'un point de vue méthodologique, mais surtout à partir d'un travail en situation réelle de médecin inspecteur :

- inspection/évaluation
- planification
- intervention d'urgence
- étude épidémiologique appliquée à des cas que peuvent rencontrer les MIS sur le terrain dans leur mission d'observation de la santé (surveillance pour l'alerte, mise en place d'une enquête pour un problème précis, rendu des résultats d'une enquête pour des décideurs non formés en santé publique,).

Une formation appliquée de santé publique viserait d'ailleurs autant à guider les élèves MIS dans des démarches de santé publique qu'à leur enseigner à rendre compte de ces arguments spécifiques à des non spécialistes, ou à négocier des priorités avec des gestionnaires ou des administratifs purs. En effet toutes les missions qui ont été définies pour les médecins inspecteurs sont des missions de santé publique qui s'exercent à l'intérieur d'une administration qui obéit pour part à des logiques propres, en tous cas des contraintes autres aussi que les contraintes médicales fussent-elles de santé publique. Si la démarche de santé publique est une démarche d'aide à la décision, il importe que le MIS sache traduire et mettre en valeur ses arguments, autant que les élaborer.

C'est peut-être là une part importante d'une démarche professionnelle, qui s'exerce dans un milieu non spécialisé.

c - en infléchissant notablement la pédagogie pour développer au maximum les exercices guidés en situation réelle.

d - en spécialisant les formations selon les postes que devraient occuper à leur sortie de l'ENSP les stagiaires MIS. La commission 1 (tâches, missions) a été unanime pour souhaiter que les MIS puissent se spécialiser dans certaines approches et fonctions. Ceci n'implique nullement une hiérarchie de ces fonctions, ni bien sûr la disparition du travail d'équipe.

Mais il est souhaitable que les MIS puissent approfondir leurs compétences techniques dans certaines disciplines (la santé publique est multidisciplinaire, mais l'usage des différentes disciplines n'est pas le même selon les problèmes posés), et que dans ces fonctions, ils puissent aussi travailler étroitement avec d'autres professionnels à qui ils apparaîtront comme spécialement compétents.