

ANNEXE 4

Quelques rémunérations de médecins salariés

Etapes de carrière	CORPS	MIS 1987 Concours de recrutement à l'ENSP	Praticiens hospitaliers 1987 Concours selon modalités différen- tes, ouvert - aux titulaires du DES - aux spécialistes avec expérience	Médecins conseils des Caisses de sécurité sociale Concours ouvert après 5 ans d'exercice comme médecin ou internat (2)
Echelon de base (après titularisation)		1 ^{er} échelon Paris 7 297 F Province 7 134 F	1 ^{er} échelon 13 000 F	Indice de base après titulari- sation 110 17 043 F
Concours présenté à la fin de l'internat, soit 4 ans d'ancienneté - 1 an après sortie ENSP pour MIS;		9 200 F	13 000 F	17 043 F
Après 6 ans d'exercice profes- sionnel, cas le plus favorable c'est-à-dire entrée après l'internat		12 095 F	16 650 F	18 594 F La carrière des médecins conseils est fonctionnelle, selon les postes occupés, qui affectés d'un indice. Après 5 ans ils gagnent entre 17 043 18 564 F
Fin de carrière accessible à tous		16 100 F Médecin Inspecteur en chef dernier échelon	22 524 F 9 ^e échelon	19 368 F Indice 125 : Chef du service contrôle d'une CPAM 1 ^{er} catégo
Fin de carrière accessible au choix et à un nombre res- treint de personnes		Médecin général 23 000 F ----- Prime de sujétion spéciale	28 995 F Le 11 et le 12 ^e échelons ne doi- vent pas dépasser le 1/3 des affectifs nationaux.	20 143 F pour médecins sans régionaux adjoints 20 919 F pour médecins sans régionaux (16) 22 467 F pour les 2 médecin conseils nationaux adjoints ? pour le médecin conseil national
Avantages et indemnités cumulables (3)		MIS 2 ^e et 1 ^{er} classe : 15 558 F à 22 226 F/an MIS en chef et généraux : 20 678 à 29 540 F/an	Gardes et astreintes	13 ^e mois et 2/3 d'un 14 ^e mo

- (1) On a divisé la rémunération annuelle brute, afférente à chaque échelon par 12, après avoir soustrait 15 % pour charges sociales.
- (2) La valeur du point est pour ce corps celle au 1.1.1986, la comparaison leur est donc légèrement plus favorable.
- (3) Ainsi un MIS, médecin général, gagne en sommet de carrière, primes comprises, 25 461 F par mois, un PH, 28 995 F (non compris gardes et astreintes), un médecin conseil national adjoint, 25 587 F. Ceci signifie qu'en fin de carrière, l'éventail se ress. Par contre, le MIS, qui n'a pas été promu général, est très défavorisé par rapport à ses confrères PH et médecins conseils. (cf. ligne fin de carrière, accessible à tous).

ANNEXE 5

Rapport de la sous-commission 1

Tâches et missions en santé publique

COMMISSION DE SANTE PUBLIQUE

Sous-Commission n°1 : Les missions de santé publique

Président : Professeur J.C. IMBERT

Rapporteur : Docteur W. DAB

**RAPPORT SOUMIS A LA COMMISSION PLENIERE
DU 25 FEVRIER 1988**

La sous-commission n°1, "Missions, tâches et expertise en Santé Publique", a été chargée de proposer, de façon prospective, une clarification des missions générales que les professionnels de Santé Publique doivent assumer. Plus spécifiquement, il lui était demandé une définition des tâches des médecins inspecteurs de la santé. Enfin, il lui incombait de discuter le contenu de la notion d'expertise appliquée au domaine de la Santé Publique (1).

La sous-commission a procédé à un large échange de vue dans un esprit d'écoute pluraliste. Son approche a été pragmatique plus que théorique. Elle s'est, pour l'essentiel, alimentée de l'expérience propre de chacun de ses membres. Elle a systématiquement privilégié l'analyse des tâches professionnelles, en reléguant au second plan les aspects institutionnels. Quelques textes de base, notamment le rapport rédigé par Madame STROHL sur "La Santé Publique : Formation et débouchés" ont permis de cadrer les discussions.

Plusieurs des membres ont procédé à des auditions informelles auprès de leurs collègues. Cependant, pour cette première étape et par souci d'efficacité, il a été décidé de ne pas procéder à des auditions systématiques et officielles. En revanche, le groupe de travail considère que le présent texte devrait maintenant être largement diffusé dans les différents milieux de la Santé Publique (professionnels, scientifiques et décideurs), de façon à être soumis à l'épreuve de la critique. Sur la base d'un consensus, il serait alors possible de le proposer comme une "charte des métiers de la Santé Publique" qui servirait de référence pour les réflexions sur l'avenir de la Santé Publique dans notre pays.

Après avoir rappelé, en introduction, que la Santé Publique est un champ d'action plus qu'une discipline en tant que telle, ce rapport souligne que la finalité générale de toute intervention sanitaire est la **promotion de la santé**. Il propose ensuite que toutes les missions identifiées s'appuient sur une démarche commune à savoir la **concertation et la synthèse**. Il distingue en suite 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 le 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

(1) La sous-commission s'est réunie le 12 octobre 1987, le 19 novembre 1987, le 11 janvier 1988 et le 10 février 1988.

synthèse.

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 sociale dans les secteurs relevant de la compétence de l'Etat, la planification et l'évaluation.

Ces propositions, propres aux médecins inspecteurs, sont détaillées dans le corps principal du rapport. Quant à la réflexion sur l'expertise en Santé Publique, celle-ci n'a pu être menée à son terme, faute de temps.

La sous-commission souhaite être à même de pouvoir continuer ses travaux de façon à assurer le suivi des débats que ce rapport pourrait susciter, à approfondir ses réflexions sur l'expertise et son rôle en Santé Publique et à élargir ses propositions à d'autres professions que celle des médecins inspecteurs.

1. INTRODUCTION

La Santé Publique ne s'oppose pas à la santé privée. Si elle concerne avant tout la gestion des problèmes de santé au niveau collectif, cela ne signifie pas qu'elle nie les particularismes du vécu et des besoins de chacun. Bien au contraire, la satisfaction des besoins individuels est au coeur des préoccupations de la Santé Publique.

La Santé Publique, comme la Médecine, a une finalité d'action plus que d'acquisition de connaissances. En ce sens, la Santé Publique ne peut pas être vraiment considérée en tant que discipline monolithique: c'est une démarche, un ensemble de savoirs et de savoir-faire, permettant l'étude et la résolution des problèmes de santé au niveau d'une collectivité. Les outils de diagnostic et d'intervention se doivent d'être rigoureux et leur mise en oeuvre doit s'appuyer sur des méthodes bien définies. Si la Santé Publique ne relève donc pas d'un champ méthodologique propre, elle fait appel à un ensemble de méthodes issues de disciplines aussi disparates que l'épidémiologie, la statistique, l'informatique, la biologie, l'écologie, l'économie, les sciences humaines, le droit...

Cette multidisciplinarité est liée à l'approche populationnelle qui sous-tend tout travail en Santé Publique, ainsi qu'à la nature multifactorielle et complexe des grands problèmes de santé. Elle explique en grande partie les difficultés que pose toute formation en Santé Publique ainsi que les problèmes d'identité que connaissent tous les professionnels de Santé Publique, médecins ou non médecins. Cependant, on ne saurait réduire la Santé Publique à la simple juxtaposition de disciplines.

Il convient d'ailleurs de faire une distinction entre la Santé Publique en tant que démarche visant une population -démarche impliquant nécessairement une multiplicité d'intervenants, professionnels de la santé ou non- et les

professionnels de Santé Publique qui peuvent se situer en tant que praticiens, chercheurs, enseignants, experts, gestionnaires etc. Par conséquent, dans la plupart des cas, les professionnels de santé publique ne sont pas des décideurs : leur rôle est plutôt un rôle technique, d'analyse et de conseil, un rôle d'aide à la décision dont les sociétés complexes et techniques ont de plus en plus besoin.

Bien entendu, il peut se faire qu'un professionnel de Santé Publique soit appelé à un poste de responsabilités dans lequel il aura d'importantes décisions à prendre (légal, financières, politiques etc.). Mais, habituellement, ce type de poste n'est pas occupé par un spécialiste de Santé Publique. Celui-ci est, la plupart du temps, un diagnostiqueur, un prescripteur ou un exécutant. Tout comme le médecin au chevet de l'individu malade, le professionnel de Santé Publique est celui qui préconise les mesures à prendre au niveau collectif, qui élabore argumentaires et stratégies pour convaincre les usagers et les décideurs du bien fondé de ses prescriptions et qui effectue, le cas échéant, les actes techniques et spécialisés nécessaires.

La Santé Publique peut de moins en moins être réduite à l'intervention des Pouvoirs Publics dans le domaine de la maladie et de la santé. En ce sens, la pratique de la Santé Publique dépasse largement le cadre du contrôle de la légalité des décisions prises par les prescripteurs ou les gestionnaires. Elle implique la mobilisation et l'organisation du travail de tous les acteurs pouvant concourir à la résolution d'un problème défini au sein d'une population déterminée.

C'est autour de ces considérations de base que s'est organisé le travail de la sous-commission n°1. Il importe également de souligner le parti pris adopté de ne pas chercher à définir un système de santé "idéal" pour notre pays, mais plutôt de réfléchir, dans le contexte institutionnel actuel, de façon à coller le plus possible à la réalité.

2. UNE MISSION GLOBALE : LA PROMOTION DE LA SANTE

La promotion de la santé est un état d'esprit qui concerne l'ensemble des actions permettant la sensibilisation, la responsabilisation et la mobilisation de la population, des responsables et des professionnels au sujet des facteurs favorisant le maintien en bonne santé. Elle vise à ce que les choix faits à tous les niveaux de la société le soient en tenant compte de leur répercussion possible sur la santé. C'est pour ainsi dire le cadre général de tout travail de Santé Publique, mettant l'accent sur la prévention tout autant que sur l'organisation du système de soins et la participation de la population à l'élaboration des choix.

La promotion de la santé concerne l'ensemble de la population dans son contexte quotidien et non pas les seuls malades ou groupes à risque élevé de maladie. Elle prend en compte les facteurs déterminant la bonne santé plutôt que les seuls facteurs de maladie. Elle passe par une participation active des citoyens à la définition des besoins et s'appuie sur des actions intersectorielles. La promotion de la santé n'est pas un service médical et requiert l'implication de tous les professionnels concernés.

Quatre champs particuliers ont été identifiées :

- . La réduction des inégalités dans l'accès aux soins et à l'information sanitaire.
- . La réduction des risques pour la santé liés à l'environnement.
- . Le renforcement du support social en tant que facteur protecteur.
- . La motivation des individus à l'adoption des comportements favorables à la santé.

La promotion de la santé s'appuie sur des outils à la fois techniques et sociaux, au premier rang desquels vient la diffusion, aux personnes concernées, de l'information sanitaire dont elles ont besoin. Cette mission ne relève ni d'un type de compétence particulier, ni d'une catégorie spécifique de professionnels. Leur rôle principal est ici de créer un climat propice aux changements favorables à la santé et de motiver dans ce sens les acteurs concernés.

3. UNE DEMARCHE GENERALE : LA CONCERTATION ET LA SYNTHÈSE

Les principaux concepts-clés de la Santé Publique sont donc : population, promotion de la santé, prévention des maladies, aide à la décision. Ce champ peut se décomposer en sept missions qui sont exposées ci-dessous. Mais, avant de le faire, il convient d'insister sur l'importance que doit revêtir la démarche de concertation et de synthèse dans le système de santé. Celle-ci est commune à toutes les missions qui suivent. De son application dépend, pour une bonne part, le développement d'un état d'esprit de promotion de la santé.

Il est évident et même souhaitable dans une société démocratique, qu'à un moment donné, différents points de vue, émanant de différents acteurs concernés (usagers, décideurs, financeurs, industriels, gestionnaires, professionnels etc.), viennent à se confronter au sujet d'un problème ou d'une situation sanitaire. L'actualité, qu'il s'agisse du tabagisme, de l'alcoolisme, de la sécurité routière, des PCB ou du SIDA, est suffisamment éloquente à ce sujet.

C'est dans ces contextes conflictuels, que la nécessité d'organiser une concertation et d'améliorer la communication dans le système se fait le mieux sentir. S'il s'agit d'un débat scientifique, la concertation d'experts peut permettre de clarifier les connaissances disponibles et leur signification. S'il s'agit d'un conflit d'intérêt la concertation peut, sinon créer un consensus, du moins permettre un arbitrage transparent.

Aucun professionnel de Santé Publique, ni aucune institution ne peut revendiquer le monopole de cette démarche. Au contraire, tout devrait être fait pour que celle-ci se généralise. Cependant, les spécialistes de Santé Publique ont certainement un rôle particulier à jouer ici notamment pour :

- . Identifier les domaines prioritaires dans lesquels il faut obtenir des consensus sociaux avant de pouvoir agir.
- . Analyser la genèse et la logique des prises de position des acteurs.
- . Alimenter le débat en éléments objectifs d'appréciation.
- . Faire des propositions de consensus tenant compte des impératifs de la

promotion de la santé.

Les meilleures décisions, au plan technique, peuvent être inopérantes si elles ne s'appuient pas sur des consensus sociaux forts permettant de motiver les décideurs à provoquer les changements nécessaires. Il a semblé à la Commission que, pour trivial qu'il soit, ce constat se devait d'être rappelé avant d'aller plus loin dans l'explicitation des missions de Santé Publique.

3. L'OBSERVATION DE LA SANTE

Depuis le rapport du Doyen CABANEL, la nécessité de disposer d'informations sur l'état de santé de la population, les risques auxquels elle est exposée, les ressources et l'activité du système de soins, les besoins et la demande de la population en matière de santé et l'adéquation entre l'offre et cette demande a été maintes fois soulignée.

Une première sous-mission est orientée vers la **surveillance de l'état de santé** qui vise à organiser des systèmes d'alerte dont le déclenchement provoque la mise en oeuvre de mesures de contrôles. Il s'agit là, d'une surveillance épidémiologique à court terme permettant de détecter précocement la survenue d'événements anormaux ou inquiétants, par leur nature ou leur fréquence, et d'y faire face rapidement et efficacement. Le concept de surveillance est particulièrement bien adapté au cas des maladies transmissibles. Cependant, il s'applique également aux maladies chroniques et notamment aux maladies professionnelles et aux problèmes de santé liés à l'environnement pour lesquels la détection et l'analyse des "clusters" (accumulation de cas semblables dans le temps et l'espace) ou d'événements "sentinelles" est une activité riche d'enseignement tant du point de vue de la connaissance, que de la prévention.

Une seconde sous-mission est la **description et l'analyse des problèmes de santé, des conditions et des milieux de vie dans une population**. Il s'agit, notamment, de mesurer leur importance, d'en connaître les tendances, de découvrir leurs déterminants et d'apprécier l'efficacité de l'action du système de santé sur le problème étudié.

Pour assurer cette mission d'observation de la santé, il est nécessaire:

- De bien connaître le fonctionnement du système de santé.
- De concevoir et de gérer des systèmes d'information.
- De repérer les sources possibles de données.
- De valider ces données (discussion des biais possibles).
- D'entreprendre, si nécessaire, des enquêtes pour combler les lacunes des données existantes.
- De pouvoir procéder au traitement informatique et statistique de ces données recueillies en routine ou par enquête.
- D'interpréter la signification épidémiologique des résultats ainsi produits.
- De valoriser les informations auprès des partenaires concernés et de favoriser leur utilisation pour les décisions de santé publique.

Cette mission est donc de nature assez spécialisée et les compétences

requis pour son accomplissement relèvent, pour l'essentiel, de l'épidémiologie et des disciplines connexes ainsi que de la démographie, de l'économie et des sciences sociales.

Elle peut s'exercer pour le compte d'un des partenaires du système de santé (l'administration, les hôpitaux, les collectivités territoriales etc.) ou bien dans des organismes d'études ou de recherches comme l'INSERM ou les Observatoires Régionaux de la Santé.

4. L'EVALUATION

Les études d'évaluation restent encore peu développées en France en dehors de l'évaluation de l'efficacité et de l'inocuité des médicaments. Trop souvent, l'évaluation est assimilée au simple contrôle de la légalité des décisions. Pourtant, le besoin d'études évaluatives en terme d'efficacité va croissant au fur et à mesure que les contraintes financières rendent les choix plus délicats. Cette mission d'évaluation comporte plusieurs aspects :

- . **Evaluation clinique** : Validation des outils d'aide à la décision pour les cliniciens.
- . **Evaluation des techniques** : étude de l'intérêt des nouvelles techniques (scanner, RMN, lithotriteur...).
- . **Evaluation des pratiques** : analyse des pratiques des professionnels de santé en termes quantitatifs et qualitatifs.
- . **Evaluation des actions de santé publique** : mesure de l'efficacité des actions, constituant l'étape finale du processus de planification (cf. infra) et précédant la mise en place d'actions améliorées. L'évaluation des actions et des programmes comportent également l'analyse des effets indésirables.
- . **Evaluation des institutions** : Mesure des performances réelles de l'institution (audit global ou partiel, interne ou externe), réalisation de plan de développement etc.

Les compétences requises relèvent pour l'essentiel de l'épidémiologie, de l'économie et des sciences humaines et sociales. Par ailleurs, toute évaluation comporte des enjeux de pouvoirs importants. Effectuée par "la tutelle", elle risque d'être biaisée volontairement ou non. Là encore, se pose le problème de créer des instances d'évaluation au sein des organismes gestionnaires (caisses de sécurité sociale, DDASS, DRASS...), au sein d'organismes d'études et de recherches (INSERM, ORS) ou bien d'instituer des instances d'évaluation spécialisées.

5. LA PLANIFICATION

La planification est un processus d'organisation comportant un certain nombre d'étapes bien connues qui constituent en fait autant de sous-missions. Les deux premières étapes peuvent être considérées comme des préalables à la planification proprement dite.

. **Mission d'appréciation des besoins de santé.** Sans vouloir entrer dans une discussion sur le concept de 'besoin', chacun s'accorde pour dire qu'il est nécessaire de disposer d'une connaissance des besoins réels ou exprimés et des dispositifs de réponse à ces besoins, nécessaires et disponibles.

Le jugement d'adéquation des moyens aux besoins peut découler d'une part, des informations produites par "l'observation de la santé" et d'autre part, des consensus issus de la démarche "concertation et synthèse".

. **Mission de détermination des priorités.** Il s'agit de faire un choix circonstancié sur la hiérarchie des problèmes à résoudre, ce qui suppose de pouvoir en mesurer l'importance respective et d'avoir identifié toutes les alternatives avec leur coût/bénéfice. Ceci ne résulte pas seulement de considérations techniques. Il s'agit aussi d'un processus social et politique relevant de la démarche de "concertation et synthèse".

. **Mission de programmation.** Le programme de santé est une méthode de travail de plus en plus utilisée dans tous les domaines de la Santé Publique. C'est un ensemble d'activités coordonnées en vue d'atteindre des objectifs sanitaires précis au sein d'une population définie. Le développement de cette méthode correspond au fait que la population est de moins en moins encline à adhérer à des mesures systématiques et obligatoires. De plus, elle se justifie du strict point de vue de l'efficacité des actions qui est optimisée si l'on est capable d'identifier les circonstances dans lesquelles une population est susceptible de tirer un bénéfice tangible des actions sanitaires. C'est ainsi que des outils tels que la vaccination, le dépistage et l'éducation pour la santé ne peuvent concerner indistinctement l'ensemble des citoyens. Par exemple le vaccin anti-grippal n'est recommandé que chez les personnes âgées, les cardiaques ou les malades bronchitiques chroniques. De même, est-il préférable de tenir compte du risque réel de thalassémie pour envisager un dépistage biologique systématique.

La programmation est ce processus qui aboutit à élaborer des objectifs de santé, à définir des priorités, à choisir les meilleurs outils et stratégies d'intervention, à affecter des moyens permettant l'atteinte de ces objectifs pour les populations concernées, à imaginer les processus de redéploiements et de régulation au sein du système de santé de façon à ce que celui-ci réponde effectivement aux besoins de santé de la population. La programmation peut viser le court, moyen et long terme.

Les compétences requises relèvent principalement de la médecine, de l'administration, de l'économie et du droit. Parce que le financement des prestations et des actions sanitaires est en très large partie d'origine collective (cotisations sociales et impôts), la mission de planification devrait ressortir de la compétence de l'Etat (pour ce qui engage notamment les dépenses de sécurité sociale) et de celle des collectivités locales (pour ce qui concerne la prévention et l'action sociale). Elle pourrait relever des tâches des médecins-inspecteurs mais il est vrai que la complexité des financements, des circuits de décision et de la répartition des compétences (modifiée récemment par les lois de décentralisation) ne légitiment pas forcément les DDASS comme lieu d'exercice exclusif de cette mission. Dans un contexte d'une telle complexité, il faut, là aussi, développer des approches consensuelles. Il a été regretté de ce point de vue que n'existe

pas en France une unité géographico-administrative unique d'intervention en matière sanitaire et sociale.

C'est sur sa capacité à organiser la planification du système de santé que la Santé Publique fondera, en grande partie, sa crédibilité dans les années à venir.

6. INTERVENTION DE SANTE PUBLIQUE

Il s'agit ici de mobiliser et d'organiser sur le terrain l'action de tous ceux (citoyens, professionnels, financeurs, responsables) qui peuvent, à un titre ou à un autre, contribuer à atteindre des objectifs de santé publique qu'ils soient circonstanciels ou qu'ils découlent d'un processus de planification.

- **Intervention "à chaud"**. C'est l'ensemble des réponses (diagnostic du problème, premiers secours, mesures correctrices etc...) que le système de santé publique doit apporter lorsque survient des problèmes tels que : une épidémie, une catastrophe naturelle, un accident industriel, une pollution menaçante, etc... Le point commun de ces risques est de nécessiter une réponse rapide et la possibilité qu'ils provoquent de véritables crises s'ils ne sont pas correctement maîtrisés.

L'exercice de cette mission peut demander la mobilisation de moyens importants en un court laps de temps. De plus, elle peut imposer la prise de mesures exceptionnelles telles que la fermeture d'un établissement, l'interruption de la distribution d'eau, le retrait d'un produit de consommation du marché, mesures qui ne peuvent être prises que par la puissance publique. C'est pourquoi, les services centraux et extérieurs de l'Etat devraient disposer de cellules d'urgence et de crise capable de diagnostiquer rapidement les problèmes et d'organiser efficacement les moyens de réponse. Les plans ORSEC en cas de catastrophe constituent ici un exemple pertinent.

- **Intervention "à froid"**. C'est la suite logique des premières étapes de planification vues plus haut. Une fois que le principe d'une action est acquis (campagne d'éducation sanitaire, de dépistage, de vaccination, implantation de nouveaux équipements ou services sanitaires, action correctrice de facteurs de risque, amélioration de l'accessibilité aux soins, action sur les facteurs environnementaux, etc.), le problème est d'organiser les ressources sur le terrain de façon à atteindre au meilleur coût les objectifs souhaités (notion de stratégie d'intervention).

Les compétences requises relèvent ici d'un savoir-faire d'une volonté de conviction et de communication sur le terrain de façon à mobiliser les institutions, les professionnels, les associations, les médias etc. Ces tâches ne peuvent s'exercer qu'à un niveau local.

7. COOPERATION INTERNATIONALE

De part son histoire et son rôle actuel, la France développe dans de nombreux domaines, scientifiques, techniques, culturels, des actions de coopération notamment avec les pays en voie de développement. La Santé

Publique devrait pouvoir constituer un champ de coopération actif et utile tant pour la santé des pays concernés que pour la présence économique et intellectuelle de notre pays.

Cela suppose que la France affiche un savoir-faire performant en matière de gestion des problèmes d'une population et non pas seulement en matière de technologie médicale.

L'action internationale implique par ailleurs un certain nombre de compétences spécifiques permettant à des professionnels de santé publique d'intervenir utilement dans des milieux culturellement différents du leur. Les principales associations françaises actives dans le domaine de l'aide urgente l'ont d'ailleurs bien compris puisqu'elles développent des formations à la Santé Publique avant l'envoi de missions sur le terrain.

8. LA FORMATION

La formation est une mission importante de la Santé Publique. Bien sûr, la formation initiale est une sous-mission importante puisqu'elle va influencer les modes de pratiques des professionnels de la santé. Elle détermine également les flux et les stocks des différentes professions de la santé et à ce titre, son rôle en Santé Publique est de première importance. De part son contenu dans les disciplines de la Santé Publique, la formation initiale, dispensée à tous les futurs professionnels de la santé et de l'environnement peut contribuer à favoriser l'état d'esprit nécessaire à la promotion de la santé.

Mais c'est aussi la formation continue, adaptée à l'évolution des méthodes et des tâches qui doit être développée et dont l'intérêt est tel qu'elle constitue non seulement un outil de santé publique mais aussi une mission en soi.

La formation demande des compétences relevant de la pédagogie et de la maîtrise des différents savoirs dans les disciplines concernées. L'Université semble constituer le lieu tout indiqué pour l'exercice de cette mission. L'ENSP joue également un rôle central en la matière de même que le secteur associatif se distingue par sa souplesse et sa capacité de s'adapter rapidement aux nouveaux besoins (voir son rôle en matière de formation sur le SIDA).

9. LA RECHERCHE

Lorsqu'il s'agit de parler de la recherche pour la Santé Publique, la traditionnelle distinction entre recherche fondamentale et appliquée n'a guère de sens car, comme cela a été souligné en introduction, la Santé Publique n'est pas une discipline scientifique constituée.

Il semble donc plus judicieux d'établir une distinction entre les recherches visant à développer des méthodes et des connaissances nouvelles, ayant une valeur "universelle" et une recherche tournée vers la résolution de problèmes de santé dans un contexte particulier. La frontière entre ces

deux types de travail de recherche ne peut pas être nette puisque dans le second cas, il peut fort bien y avoir production d'une connaissance qui s'avèrera généralisable.

On peut aussi faire la distinction entre recherche en Santé Publique et pour la Santé Publique, le champ étant beaucoup plus large dans ce dernier cas. Quoiqu'il en soit, il faut souligner que la recherche pour la Santé Publique n'est pas un but en soi, mais qu'elle a pour objectif de développer les méthodes, les outils et les connaissances nécessaires à la réalisation des missions précédemment énumérées. En ce sens, toute recherche dans le domaine de la Santé Publique est appliquée ou, en tous cas, toute acquisition de connaissances nouvelles devrait pouvoir être appréciée rapidement quant à son impact potentiel pour la Santé Publique. Il y a donc un besoin d'interaction permanente entre recherche disciplinaire et recherche pour la Santé Publique. Mais la recherche pour la Santé Publique ne peut pas être évaluée sur les mêmes bases que la recherche disciplinaire et cela pose la question de l'opportunité qu'il y a d'interfacer les équipes "académiques" avec d'une part des équipes de recherche proches des terrains d'intervention et d'autre part des institutions ayant un poids décisionnel important. Cela paraîtrait d'autant plus logique que coexisteraient des organismes d'études ou de recherches ayant en leur sein des chercheurs dont la formation initiale est identique et de haut niveau méthodologique.

Un point complémentaire est de souligner le besoin qu'il y a pour tous les professionnels de Santé Publique de mieux utiliser les résultats de la recherche et de pouvoir dialoguer avec des chercheurs. C'est un point fondamental pour une démarche de "concertation synthèse" aussi bien que dans une démarche de recherche lorsqu'il s'agit de choisir des thèmes de recherche qui soient socialement pertinents.

A cet égard, la formation à la recherche est particulièrement pertinente et devrait être plus largement utilisée pour la formation de tous les professionnels de Santé Publique.

10. CONCLUSION

Ce rapport de la sous-commission n'1 rappelle la nécessité de placer la santé au coeur des préoccupations de tous les acteurs sociaux. Cet objectif de promotion de la santé est commun à tous les professionnels de santé quels que soient leur spécialité et leur mode d'exercice.

Il insiste sur la nécessité d'encadrer les activités du système de santé autour d'une démarche de concertation et de synthèse qui, en tant qu'aide à la décision, devrait constituer le fil conducteur de toutes les missions de Santé Publique.

Il propose une liste de missions générales et de sous-missions qui, si elle rencontrait un large accord, pourrait servir de base pour adapter les profils de tâches des métiers de la Santé Publique à la réalité sociale et scientifique.

Force est de constater que pour de nombreux responsables, la Santé Publique n'a pas de contenu concret. Ce champ est tellement vaste que chacun peut, à bon droit, se proclamer acteur de la Santé Publique. Mais

l'avis de la Commission est qu'il existe une spécificité du travail de Santé Publique à travers des méthodes qu'il faut maîtriser, des missions à accomplir et des outils à utiliser. Elle se traduit par une capacité à élaborer des diagnostics et à proposer des mesures d'intervention.

Pour élaborer un diagnostic au niveau d'une population, le spécialiste en Santé Publique dispose d'outils tels que les études épidémiologiques et l'évaluation des risques, les études économiques, démographiques, sociologiques et anthropologiques. Il doit concevoir et utiliser des systèmes d'information, et documentaires.

Les principaux outils d'intervention de Santé Publique sont l'élaboration des lois et règlements, l'immunisation et la prophylaxie, le dépistage, la communication, l'ingénierie etc.

La sous commission est persuadée que la réflexion sur la Santé Publique doit se poursuivre et s'enrichir grâce à une large consultation des milieux concernés. Au delà du problème posé par le recrutement et la formation des médecins inspecteurs il y a également une nécessité de synthétiser les travaux des trois groupes de travail qui ont fonctionné.

Le travail pourrait se poursuivre à travers deux questions portant sur les articulations entre d'une part la formation, la recherche et la décision et l'action et d'autre part les missions, les structures et les tâches des professionnels de Santé Publique. On peut d'ores et déjà constater qu'il existe des missions sans structure (l'évaluation, par exemple), que certaines structures qui devraient jouer un rôle pour la Santé Publique ont en fait peu d'activités qui relèvent vraiment des missions telles qu'elles ont été définies (l'hôpital, par exemple) et qu'enfin certaines structures ayant explicitement des missions de Santé Publique ne disposent pas pour les assumer de personnels qualifiés (les caisses de sécurité sociale, par exemple).

Il y a donc une réelle réflexion stratégique à mener pour développer l'expertise en Santé Publique et lui faire jouer un rôle socialement utile.

ANNEXE 6

Tableaux définissant les missions
et les compétences requises en santé publique

M I S S I O N S	DISCIPLINES ET /OU OUTILS (dominante)	NIVEAU DE RESPONSABILITE PRINCIPAL	ACTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE (actuellement)	NIVEAU DE COMPÉTENCE	R E M A R Q U E S E T E X E M P L E S
<u>INTERVENTION ET ACTION DE SANTÉ PUBLIQUE</u> 1) Intervention "à chaud"	<ul style="list-style-type: none"> . Epidémiologie . Génie sanitaire . Hygiène industrielle 	Etat et ses services exté- rieurs	Médecins inspecteurs Pharmaciens inspec- teurs Vétérinaires ins- pecteurs Ingénieurs DRIR	Professionnel spécialisé et base Académique pour expertise	-Nuage toxique à NANTES -Plans ORSEC -fermeture d'une maternité en cas d'épidémie
2) Intervention "à froid"	+ <ul style="list-style-type: none"> . Gestion . Communication . Organisation . Administration . Disciplines spé- cialisées selon le problème . Toxicologie . Microbiologie . Acoustique... 	selon le décideur	Administrateurs et professionnels de santé des services concernés	Professionnel spécialisé	Mise en oeuvre d'une campagne de vaccination -Plan d'isolation phonique

M I S S I O N S	DISCIPLINES ET /OU OUTILS (dominante)	NIVEAU DE RESPONSABILITE PRINCIPAL	ACTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE (actuellement)	NIVEAU DE COMPÉTENCE	R E M A R Q U E S E T E X E M P L E S
OBSERVATION DE LA SANTÉ	<u>Epidémiologie</u>	Ad hoc.	Etat et services extérieurs : DGS, DRASS, DIASS Ministère de l'environnement DRIR Vétérinaires inspecteurs Médecins inspecteurs	Base Professionnel spécialisé	1) Intoxication alimentaire Etude des cas de personnes à GREOUX-LES-BAINS 2) Augmentation du cancer bronchique chez les femmes
1) Surveillance épidémiologique pour l'alerte	+ Génie sanitaire Génie industriel				Alimentation et cancer digestif Travail sur écran et grossesse
2) Mesure de l'importance des problèmes et des risques, surveillance des tendances	+ sociologie, anthropologie pologie Economie Géographie de la Santé Démographie		Ingénieurs sanitaires Inspecteurs des installations classées et autres		3) Inventaire national de pollution des eaux de surface Comportement des hommes sexuels face au risque de SIDA
3) Connaissance de - la qualité des milieux de vie - l'utilisation des systèmes de soins - des comportements - des facteurs biologiques			Professionnels de santé Chercheurs, ORS, INSERM Centres de référence)Académique)Professionnel spécialisé	
			Médecins directeurs des services d'hygiène et de santé (MDSHS)		

REMARQUES
EXEMPLES

M I S S I O N S	ET /OU Outils (dominants)	RESPONSABILITE PRINCIPAL	SANIE PUBLIQUE (en l'actuellement)	INSTRUMENT COURANT	REMARQUES EXEMPLES
<u>EVALUATION</u>					
1) <u>Evaluation des techniques</u>	Géométrie biologique et médicale Economie Génie sanitaire Epidémiologie	National	Ministère de l'Intérieur Départements d'Hygiène et Santé Publique Médicaments Médicaments vétérinaires de santé publique dans les hôpitaux	Académiques	Centre d'évaluation et de diffusion de l'innovation technologique de l'Assistance publique de PARIS
2) <u>Evaluation des pratiques</u>	Médecine Epidémiologie Economie Sociologie Génie sanitaire	"	Contrôle médical Médecine de santé publique dans les hôpitaux Médecine phar- macie vétérinaire Inspecteurs ANM (INM) INSEPH Médecine inspec- teurs	Académiques Professionnel spécialité	Mission très peu développée
3) <u>Evaluation des actions</u>	Epidémiologie Economie	Selon le décideur et le type d'évaluation	IMM et classes → cabinets d'audit IRS ICAS	Professionnel spécialité	Mission peu développée
4) <u>Evaluation des institutions</u>	Sociologie Economie Analyse institu- tionnelle Epidémiologie	"	Médecins inspec- teurs Médecins de santé publique INS ICAS Labritel	Professionnel spécialité	
5) <u>Evaluation clinique</u>	Epidémiologie	"	Médecins de santé publique Médecins inspec- teurs	Académique	

M I S S I O N S	DISCIPLINES ET /OU Outils (dominante)	NIVEAU DE RESPONSABILITE PRINCIPAL	ACTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE (actuellement)	NIVEAU DE COMPÉTENCE	REMARQUES ET EXEMPLES
<u>PLANIFICATION</u> 1 - Appréciation des besoins Identification des problèmes de santé et des risques Analyse des ressources Analyse de l'utilisation des ressources	Génie sanitaire Epidémiologie Sciences sociales Economie Analyse systémique	National Régional Départemental	Vétérinaires Ingénieurs sanitaires Médecins Inspecteurs Cellules études du Ministère et des Conseils généraux ORS Associations MDSHS	Professionnel spécialisé	Etudes régionales des besoins des insuffisants rénaux chroniques - Rapport au CES d'ATD
2 - Propositions-de priorité	Epidémiologie Sciences sociales Economie	Etat - Région Département	Ministère des Affaires Sociales pour l'Etat (DGS-DAS-DH-DSS) Contrôle médical des caisses. MDSHS	De base	Programme péri-natalité
3 - Programmation	Gestion - Organisation	Selon le décideur	Administrateurs et professionnels de santé des services concernés	Professionnel spécialisé	Dépistage du VIH chez les donneurs de sang. Mise en place d'alternatives à l'hospitalisation

M I S S I O N S	DISCIPLINES ET /OU Outils (dominante)	NIVEAU DE RESPONSABILITE PRINCIPAL	ACTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE (actuellement)	NIVEAU DE COMPÉTENCE	REMARQUES ET EXEMPLES
FORMATION 1) Initiale	Pédagogie Sociologie/anthropologie Epidémiologie Economie Droit Génie sanitaire Gestion et Communication	National . ENSP . Facultés de médecine Santé publique . Ecoles vétérinaires . Ecoles de paramédicaux . Ecoles de travailleurs sociaux . Pharmacie . Ecoles vétérinaires . Ecole d'ingénieurs . Ecoles d'Administrateurs de la santé . Ecoles d'architecture etc... Centre national de la fonction publique territoriale	Académique dans la discipline enseignée ou professionnel spécialisé avec une expérience de terrain en santé publique		Il s'agit de la formation en santé publique des personnels de secteur sanitaire et social et de l'environnement.
2) Continue	IDEM	National et local		IDEM	"
3) Spécialisée	IDEM	National		IDEM	"
4) Formation des formateurs	IDEM	National et local		IDEM	"

M I S S I O N S

DISCIPLINES ET /OU Outils (dominante)	NIVEAU DE RESPONSABILITE PRINCIPAL	ACTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE (actuellement)	NIVEAU DE COMPÉTENCE	REMARQUES ET EXEMPLES
<p><u>COOPERATION INTERNATIONALE</u></p> <p>1) Santé internationale</p>	<p>Organismes Internationaux pour la Santé OMS, PNUD, BIT, UNICEF, Fondations inter-nationales...</p>	<p>Médecins Inspecteurs détachés Administrateurs civils détachés Médecins des hôpitaux détachés, ou contractuels.</p>	<p>Spécialisation Expertise</p>	<p>Notre sous représentation dans les organismes internationaux laisse le champ libre aux anglophones pour mener au sein de cette institution une politique qui contribue à marginaliser de plus en plus les opérateurs français et la francophonie.</p>
<p>2) Coopération P.V.D.</p> <p>3 cadres d'exercice 1 - Acteur de terrain (cf. alors les missions énumérées pour l'exercice en France des acteurs de terrain (surveillance épidémiologique, évaluation, etc...))</p> <p>2 - Responsable de l'échelon régional (les missions sont celles vues précédemment : planification, surveillance, évaluation...)</p> <p>3 - Conseiller technique de décideurs politiques (Ministre, Président de la République) (les disciplines et niveaux de compétence sont alors à rapprocher de "Santé internationale".)</p>	<p>Organismes Internationaux ou national (responsable des grandes endémies, de la médecine préventive, etc...)</p>	<p>Acteurs de terrain (surveillance épidémiologique, évaluation, etc...)</p>	<p>Surveillance épidémiologique, génie sanitaire, évaluation, etc...)</p>	<p>Notre sous représentation dans les organismes internationaux laisse le champ libre aux anglophones pour mener au sein de cette institution une politique qui contribue à marginaliser de plus en plus les opérateurs français et la francophonie.</p>

M I S S I O N S	DISCIPLINES ET /OU OUTILS (dominante)	NIVEAU DE RESPONSABILITE PRINCIPAL	ACTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE (actuellement)	NIVEAU DE COMPÉTENCE	REMARQUES ET EXEMPLES
Recherche 1) Fondamentale	Epidémiologie Economie Sciences sociales "	INSERM UNIVERSITE CNRS ORSTOM INSEE INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE et BIOLOGIQUE	Universitaires Chercheurs	Académiques	<ul style="list-style-type: none"> - Modèle de simulation des effets d'une campagne de prévention. - Déterminants socio-économique de la diffusion des innovations technologiques - Méthodes statistiques de mise en évidence de Clusters.
2) Appliquée		INSERM valorisation DRS SESI MIRE Cellules études du Ministère et des collectivités territoriales Industries pharmaceutiques et biologiques	Chercheurs Chargés d'études Médecins inspecteurs. Pharmaciens inspecteurs Vétérinaires inspecteurs Ingénieurs sanitaires	Professionnel spécialisé	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de l'efficacité d'une campagne de vaccination - Optimisation d'un stratégie de prévention des accidents dans une entreprise - Suivi à long terme des sujets exposés accidentellement aux PCB.

ANNEXE 7

Tableaux définissant les grandes fonctions
de médecins inspecteurs

ANNEXE 7

Fonctions des médecins inspecteurs

Ces tableaux ne représentent qu'une première approche des attributions des médecins inspecteurs.

En effet le découpage des missions en tâches et inversement la réflexion sur les tâches qui n'entrent pas dans ce cadre fonctionnel ne sont pas encore engagés. Tels que ces tableaux ont le mérite de fournir un cadre de réflexion qui devrait être déterminant pour la politique de recrutement, mais aussi la redéfinition des attributions et donc des modalités d'exercice de la profession de MIS.

Il faut enfin noter que n'ont pas encore été abordés en termes de besoins fonctionnels ni l'échelon central, ni les échelons internationaux (organismes internationaux, coopération).

La fonction santé scolaire, pour laquelle les MIS occupent le poste de médecin de liaison au niveau départemental, a été abordée de la même façon que la fonction actions sanitaires. Mais il faut noter qu'une réflexion plus complète devrait être menée sur ce thème, dès lors que les médecins de liaison ne sont pas intégrés de la même façon que les autres MIS dans une équipe. Comment dès lors recourir aux compétences spécifiques des MIS épidémiologiste, évaluateur etc...

.../

PROFIL DE BASE COMMUN : 0

PROFILS	MISSIONS CONCERNÉES	NIVEAU DE FORMATION REQUIS	COLLABORATEURS
<p>Profil commun</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de la santé • Concertation synthèse • Formation 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau d'un épidémiologiste professionnel (méthodes d'enquête simples) • Fonctionnement du système de santé français • Analyse institutionnelle • Techniques de communication • Techniques d'animation • Economie et gestion (budgets, analyse financière, comptes de la santé) • Droit : législation, hiérarchie des textes. • Sociologie niveau 1 spécialité sociologie des professions de santé • Techniques documentaires <p>DES SANTÉ PUBLIQUE</p>	<p>TOUS PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET TOUS NIVEAUX ADMINISTRATIFS</p>

PROFIL DE BASE

NIVEAU REGIONAL ET DEPARTEMENTAL SELON LES BESOINS

(Indicateur : Population)

PROFILS	MISSIONS CONCERNÉES	NIVEAU DE FORMATION REQUIS EN SUS DU PROFIL DE BASE	LABORATEURS
<p>Médecin épidémiologiste</p>	<ul style="list-style-type: none"> Observation de la santé plus particulièrement pour l'alerte Planification pour la partie estimation des besoins. 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau DESS d'épidémiologie Sciences sociales - Méthodes des sciences sociales (niveau licence socio-anthropologie) 	<p>Pharmaciens, vétérinaires inspecteurs ORS Inspection du travail DRRR Hospitaliers Ingénieurs sanitaires régionaux et départementaux Médecins de ville Pharmaciens Industrie pharmaceutique En collaboration avec le MIS planificateur Statisticien régional Observatoires économiques de l'INSEE Conseil économique et social Universitaires de Santé publique INSERM Santé Publique Conseil de l'Ordre Médecins directeurs des services municipaux d'hygiène.</p>

PROFILS	MISSIONS CONCERNÉES	NIVEAU DE FORMATION REQUIS EN SUS DU PROFIL DE BASE	COLLABORATEURS
<p>Médecin Inspecteur évaluation/contrôle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation contrôle des installations régionales <ul style="list-style-type: none"> . CRIM . Etablissements nationaux situés dans la région. . Autres établissements sociaux situés dans la région - Evaluation des techniques et des pratiques - Audit d'établissements à la demande d'un MID inspecteur de sa région. 	<ul style="list-style-type: none"> - Maîtrise d'épidémiologie - Maîtrise de gestion 	<ul style="list-style-type: none"> . DRASS . MIR planificateur . MID évaluation contrôle . DDASS . Pharmaciens inspecteurs . Directeurs d'établissements . Médecins hospitaliers . CCM . Industries CBM . CRAM

PROFIL DE BASE

NIVEAU REGIONAL

P R O F I L S	MISSIONS CONCERNÉES	NIVEAU DE FORMATION REQUIS EN SUS DU PROFIL DE BASE	COLLABORATEURS
<p>Planificateur et Coordonnateur des Actions Sanitaires</p>	<p>Planification Intervention à froid Evaluation des institutions Evaluation des actions CRH et CRISMES</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Niveau maîtrise d'épidémiologie · Niveau licence de gestion · Droit de la santé et de la Sécurité Sociale : niveau concours A fonctionnaire autre 	<ul style="list-style-type: none"> - DRASS et Inspecteurs - MIS épidémiologie - CRAM - Directeurs d'établissements - CCM - Conseil Régional et Conseils Généraux - Les MID actions sanitaires de la région

NIVEAU DEPARTEMENTAL

PROFILS	MISSIONS CONCERNÉES	NIVEAU DE FORMATION REQUIS EN SUS DU PROFIL DE BASE	COLLABORATEURS
<p>Médecin des actions sanitaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> Planification (programmation) Interventions à froid entre autres : <ul style="list-style-type: none"> Hygiène du milieu SIDA Toxicomanie et alcoolisme Santé mentale Contrôle sanitaire aux frontières Plans DRSEC Activités de défense Prisons Pauvreté/Précarité Personnes âgées Personnes handicapées Santé Scolaire Observation des problèmes de santé des populations scolaires Intervention <ul style="list-style-type: none"> * à chaud sur des problèmes liés aux conditions de vie scolaire * à froid (rythmes scolaires, environnement et hygiène du milieu scolaire et péri scolaire etc...) Programmation d'actions d'éducation pour la Santé 	<ul style="list-style-type: none"> Licence de gestion + formations spécifiques professionnelles thématiques à la demande Communication avec des professionnels et des non professionnels de santé. 	<p>Toutes personnes collaborant à ces actions.</p>
<p>Médecin de liaison Santé Scolaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> Formation de base en santé publique + formations spécifiques sur la santé du petit enfant, de l'adolescent + formations sur des thèmes spécifiques : <ul style="list-style-type: none"> - Sport et santé - Toxicomanie - Nutrition Éducation pour la Santé 	<p>Personnels de l'éducation nationale /enseignants, Groupe d'action psycho-pédagogique, orientation etc... Intersecteur de psychiatrie infantile juvénile Associations de parents Médecins généralistes et pédiatres En général personnes et institutions s'occupant d'enfants.</p>	