



Association
professionnelle
des médecins
administrateurs

juillet 2024

Contribution de l'AProMedA à la mission IGAS sur les compétences médicales en administration

Propositions pour un corps commun de praticiens de santé publique

Préambule	1
Principales propositions	2
1. Historique des réflexions sur le corps commun	3
2. Nom d'affichage du projet	4
3. Mode d'accès	5
4. Périmètre du cadre d'emploi	5
5. Rattachement	7
6. Cadre juridique	8
7. Place de l'option Administration de la Santé (OADLS)	8
8. Lien avec l'université	9

Préambule

L'IGAS a été saisie le 29 janvier 2024 par le ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités afin de mener une mission d'expertise sur une éventuelle extinction du corps des médecins inspecteurs de santé publique (MISP). Dans ce cadre, l'Association professionnelle des médecins administrateurs (AProMedA), structure représentative des internes et médecins de santé publique réalisant ou ayant réalisé l'option administration de la santé, souhaite contribuer à la réflexion en partageant des propositions autour d'un corps commun des médecins en administration.

Principales propositions

1. Nom d’affichage du projet

Le scénario privilégié est celui de la dénomination “Praticien à Mission de Santé Publique”, mais pourrait être discuté en session spécifique de travail.

2. Mode d’accès

Le scénario privilégié est celui d’une régulation par l’Etat. A l’image des praticiens hospitaliers (PH), un concours pourrait être organisé.

3. Périmètre du cadre d’emploi

Le scénario privilégié est celui d’un statut pour tout médecin réalisant une mission de santé publique au sein de la fonction publique, en dehors de l’hôpital, quelle que soit sa qualification du moment (équivalent extra-hospitalier des PH). Par ailleurs, et à l’image des PH, il semblerait cohérent que des pharmaciens/dentistes/sage-femmes puissent en faire partie, bien que ce ne soit pas notre revendication principale.

4. Rattachement

Tant un positionnement auprès du ministère chargé de la santé qu’auprès du Premier Ministre sont acceptables. Il est proposé de faire dépendre le choix des discussions ultérieures.

5. Cadre juridique

Le scénario privilégié est de calquer les conditions d’emploi (grilles de rémunération, congés et droits sociaux) sur celles des PH, ainsi que d’assurer une mobilité entre des missions au service de la fonction publique d’Etat, de la fonction publique territoriale, des opérateurs de l’Etat voire d’organismes internationaux (mise à disposition).

6. Place de l’option Administration de la Santé

Le scénario privilégié est que l’option soit un accélérateur de carrière au sein de ce cadre d’emploi et une potentielle passerelle vers l’administration d’Etat si le médecin le souhaite.

7. Lien avec l’université

Le scénario privilégié est que le cadre d’emploi permette de structurer dans un second temps une filière universitaire.

1. Historique des réflexions sur le corps commun

L'idée d'un corps commun au praticien de santé publique en administration existe depuis une trentaine d'années et est régulièrement mise en avant par différents acteurs¹.

Dans les années 2000, le projet est particulièrement porté, sous la forme d'une fusion avec le corps des praticiens hospitaliers (PH). En 2006, une mission de l'IGAS sur les compétences médicales nécessaires à l'Etat propose la mise en place d'un corps commun afin d'homogénéiser les conditions d'emploi et faciliter les mobilités². Les travaux aboutissent à des amendements (en 2003-2004, puis en 2009) finalement non présentés ou rejetés³. Il est important de noter que ce projet n'était pas soutenu par l'ensemble des parties prenantes : le SNSP ou encore le CLISP y sont opposés⁴. En effet, le projet présenté prévoit la disparition des PH de santé publique, intégré directement au corps commun des praticiens de santé publique.

Les réflexions sont relancées à la fin des années 2010, notamment à l'occasion d'un groupe de travail porté par la direction des ressources humaines des ministères sociaux sur la formation continue des médecins inspecteurs de santé publique (MISP). Dans ce cadre, les représentants des MISP remettent à l'ordre du jour le projet de corps commun, notamment face à la diminution importante des effectifs du corps compte tenu de sa faible attractivité. Celle-ci est expliquée notamment par⁵ :

- "Des modes d'exercices qui se sont progressivement confondus entre les médecins conseils, les médecins contractuels et les MISP, mais subsistance d'écarts de rémunération ;
- Un cloisonnement statutaire entre les différents corps de médecins de santé publique des trois fonctions publiques qui entrave les parcours professionnels, l'enrichissement des savoirs et des pratiques ;
- Des rémunérations moins attractives que celles notamment des praticiens hospitaliers en santé publique."

A l'heure actuelle et à notre connaissance, aucune nouvelle réunion de ce groupe de travail n'est prévue.

¹ Raimondeau et Bréchat. 100 ans d'une histoire des médecins inspecteurs de santé publique. adsp n°41. Décembre 2002. pp67-71

Bérard. Les médecins spécialistes de santé publique. Santé publique 2007/hs vol. 19. pp53-60.

CLISP. Regard sur les carrières des médecins de santé publique en administration de la santé. Note du 25/02/2019.

Chauvin. Dessiner la santé publique de demain. Rapport. Novembre 2021.

² Benevise et Lopez. L'utilisation des compétences médicales permettant à l'Etat d'assurer ses responsabilités dans le domaine de la santé au niveau local. Rapport de synthèse. IGAS. Août 2006. p56

³ SMISP. Projet PH-PSP. Etat des lieux. Octobre 2006.

https://smisp.fr/docrestreint.api/76/51bd289a34edd2f0e1caca64c5451c550a52f1dbb90eb81e844aa8a401c3d69a/pdf/PH_PSP_Historique_et_etat_des_lieux_-_actualisation_octobre_2006.pdf

⁴ Lettre ouverte du CLISP à destination des membres du CUESP et du CIMES. Juin 2009.

⁵ Secrétariat général des ministères sociaux, direction des ressources humaines. Groupe de travail relatif au corps des médecins inspecteurs de santé publique. Présentation du 12 novembre 2020.

2. Nom d’affichage du projet

Les différentes possibilités identifiées sont présentées ci-dessous :

Dénomination	Avantages	Inconvénients
Praticien de Santé Publique (PSP)	<ul style="list-style-type: none"> - Nom historique - Garde le terme “praticien” ce qui le rapproche de PH - Permet d’utiliser des éléments associés à la prévention et à l’offre de soins de proximité - Reste suffisamment large 	<ul style="list-style-type: none"> - Superposition du concept et des méthodes “Santé Publique” avec les MSP : des non-MSP font de la santé publique et des MSP font du soin ou travaillent à l’hôpital - Nécessiterait d’exiger une qualification en santé publique ? - Génère de la confusion entre la logique de statut et celle de métier
Praticien Extra-Hospitalier (PEH) / Praticien Non-Hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> - Génère du renouveau dans la discussion - Garde le terme “praticien” ce qui le rapproche de PH - Explicite que les MSP exerçant à l’hôpital ne sont pas ciblés - Explicite la logique de statut (et non pas de métier) 	<ul style="list-style-type: none"> - Garde l'hospitalo-centrisme du système français - Définition du périmètre par la négative (ce qui n’est pas hospitalier)
Praticien de service public (PSP)	<ul style="list-style-type: none"> - Garde le nom PSP tout en changeant radicalement le sens - Donne du sens au métier 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque d’être perçu par les autres praticiens (PH ou PC) comme ne répondant pas au service publique ?
Praticien à mission de santé publique (PMSP)	<ul style="list-style-type: none"> - Proche de “PSP” - Garde le terme “praticien” ce qui le rapproche de PH - Permet d’utiliser des EDL associés à la prévention et à l’offre de soins de proximité - Proche de l’AMISPA 	

Une alternative serait de changer le nom du projet à PEH afin de rassurer nos intervenants tout en gardant le nom PSP comme étiquette politique/pour la loi. Celui-ci permet de dérouler les éléments de langage portés sur la prévention/soins primaires tout en rassurant le périmètre du statut (notamment pour les MSP faisant partie du corps des PH).

Le scénario privilégié est celui de la dénomination “Praticien à Mission de Santé Publique”, mais pourrait être discuté en session spécifique de travail.

3. Mode d'accès

Le scénario privilégié est celui d'une régulation par l'Etat. A l'image des PH, un concours pourrait être organisé.

4. Périmètre du cadre d'emploi

Deux éléments centraux seront abordés : la question de la nécessité d'être médecin pour obtenir le statut et, parmi eux, lesquels peuvent candidater à ce nouveau cadre d'emploi.

A. Un cadre pour les professionnels de santé ?

Malgré la connotation médicale du terme praticien hospitalier, ce cadre d'emploi est ouvert aux pharmaciens et aux dentistes. Il est en discussion l'intégration des sage-femmes dans ce cadre d'emploi. Ce terme semble donc capable, s'il est souhaitable, de répondre a minima à un cadre d'emploi englobant les professions susmentionnées.

L'analyse des fonctions des médecins et professionnels de santé au sein des administrations/de la fonction publique en dehors de l'hôpital permet d'identifier deux distinctions différentes :

- Tout d'abord sur **l'accès à la fonction**, on retrouve d'un côté les métiers pour lesquels il existe un besoin juridique ou réglementaire d'avoir obtenu un diplôme de professionnel de santé (médecin/pharmacien), permettant à ces derniers d'être dans une situation de monopole (médecin de l'éducation nationale, médecin/pharmacien inspecteur de santé publique). De l'autre côté, on a les métiers pour lesquels les professionnels de santé n'ont pas l'exclusivité de l'exercice, mais possèdent néanmoins des connaissances et compétences spécifiques représentant un élément différenciant jouant en leur faveur (chef de bureau, directeur).
- Ensuite, sur la **fonction en elle-même**, on peut également différencier d'une part des métiers dits "techniques", dans lesquels un professionnel détient des compétences spécifiques et se positionne en tant que conseiller d'une hiérarchie ou institution ; et des métiers dits "managériaux", dans lesquels le professionnel détient des pouvoirs décisionnels ou est le responsable d'équipes ou d'organisations.

Il conviendra, quoi qu'il en soit, que ce nouveau cadre d'emploi puisse répondre à toutes ces valences et à toutes les situations intermédiaires.

Avantages et inconvénients

Parmi les avantages d'un cadre d'emploi large, on citera la facilitation du travail interdisciplinaire et de la mobilité, la simplification des cadres d'emplois publics et du déroulé des carrières administratives pour des filières qui jusqu'à présent n'ont pas de statut dédié (sage-femmes, dentistes). Par ailleurs, un cadre d'emploi large permettrait d'agglomérer de nombreux acteurs aujourd'hui isolés, augmentant le poids numérique (et politique) en faveur de ce projet. Parmi les inconvénients, on citera le risque d'une disparition progressive des spécificités des métiers d'origine et la difficulté de créer une grille unique et attractive compte tenu des disparités de revenus moyens des différentes filières.

B. Un cadre réservé aux médecins ?

En faisant l'hypothèse de la nécessité d'un DES de médecine pour candidater à ce cadre d'emploi, la question se pose d'une accessibilité différentielle parmi ceux-ci. Le nom "Praticien de Santé Publique" utilisé par le passé laisse entendre que ces agents seraient compétents/qualifiés aux connaissances et compétences correspondantes au DES de santé publique. Même si ceux-ci seraient encouragés à passer le concours à condition de vouloir exercer un métier répondant aux périmètres qui seront vus ultérieurement, il nous semble contre productif de restreindre l'accès à ce cadre.

L'inclusion par le lieu d'exercice et non pas le métier, une façon de simplifier le panorama

A ce jour, une multitude de "petits" corps de médecins coexistent, correspondant à une fonction spécifique : médecin de l'Education Nationale (MEN), MISp, médecin territorial (MT), etc. Ces corps, par construction, sont non communicants et enferment les professionnels les intégrant. Cependant, il convient de noter que certains professionnels exerçant dans ces corps, au moyen de mises à disposition ou de détachements, réussissent à moduler leur exercice pendant des périodes de temps limitées, ou parfois plus longues à la limite de ce que permet le corps d'origine.

En revanche, le cadre d'emploi des praticiens hospitaliers n'est pas constitué de la sorte. Il identifie comme dénominateur commun le lieu d'exercice (l'hôpital), sans préjuger du métier réalisé (anatomopathologiste, chirurgien, président de CME, etc.). Une fois le statut obtenu, il est possible, en fonction des besoins et des compétences des agents, de passer d'un service à un autre en changeant de métier. Un médecin exerçant aux urgences un certain temps peut ainsi passer en service de réanimation ou en gériatrie aiguë tout en conservant son statut.

Il nous semble que cette approche serait à valoriser dans le cas présent, pour des médecins travaillant en dehors de l'hôpital. Il n'est bien entendu pas question de pouvoir être médecin inspecteur le lundi et médecin de PMI le mardi mais de pouvoir, en fonction des besoins des services publics, envisager un cadre de circulation entre les métiers. Par exemple, un médecin territorial travaillant sur les politiques médico-sociales au sein d'une collectivité pourrait alors envisager d'évoluer vers une ARS sur ces mêmes thématiques, pour changer d'échelle et faire bénéficier l'ARS de ses connaissances de terrain.

Des bénéfices secondaires pour les praticiens hospitaliers...

Un cadre équivalent à celui des PH, notamment sur le sujet de la rémunération mais pas uniquement, pourrait également permettre une circulation facilitée entre les deux corps, tout en encadrant ces mouvements de professionnels et évitant des complications pour employeurs ou employés.

En somme, son objectif est de créer un cadre clairement identifiable et commun à l'ensemble des médecins exerçant des missions de service public en dehors de l'hôpital, en passant d'une logique centrée sur les métiers à une logique de cadre d'emploi, tout en conservant un statut protecteur et attractif pour les professionnels et leurs employeurs. Les besoins futurs pourront être couverts par des modules de formation spécifiques aux différents métiers dans une logique de formation continue.

...et pour les employeurs

Un cadre d'emploi unique et attractif pour tous les médecins (voire professionnels de santé) pourrait également avoir un intérêt pour les employeurs.

D'abord, il apporte un cadre qui permet d'éviter le "mercenariat". C'est par exemple le cas lorsque des professionnels négocient à outrance, ou mettent en concurrence différentes institutions ou établissements, pour aller là où ils seront le mieux payés. Si le cadre de base est suffisant, faire jouer la surenchère est moins probable.

Ensuite, il peut permettre un levier important de recrutement pour des postes non pourvus. On pourrait imaginer, par exemple, que ce cadre de recrutement attractif pourrait attirer des médecins aux exercices en PMI ou à l'Education Nationale, deux fonctions qui, malgré une attractivité intellectuelle et déontologique certaine, peinent à recruter.

Finalement, il permet d'attirer des professionnels ayant eu une autre fonction auparavant. Les praticiens hospitaliers ou d'autres médecins de la fonction publique seraient des sources de recrutement possibles.

Le scénario privilégié est celui d'un statut pour tout médecin réalisant une mission de santé publique au sein de la fonction publique, en dehors de l'hôpital, quelle que soit sa qualification du moment (équivalent extra-hospitalier des PH). Par ailleurs, et à l'image des PH, il semblerait cohérent que des pharmaciens/dentistes/sage-femmes puissent en faire partie, bien que ce ne soit pas notre revendication principale.

5. Rattachement

En termes de rattachement, deux questions doivent être prises en compte : le ministère de rattachement et la gestion RH.

Concernant le ministère de rattachement, nous identifions deux alternatives principales :

- Auprès du ministère chargé de la santé. Le ministère de rattachement des différents corps de médecins (à l'exception des MEN) a toujours été le ministère chargé de la santé. C'est également le ministère de rattachement des PH.
- Auprès du Premier Ministre. L'alternative permet de valoriser, une fois pour toutes, la nature interministérielle de la santé en plaçant ce cadre d'emploi sous la responsabilité du Premier Ministre.

Concernant la gestion RH du cadre d'emploi, deux entités semblent être identifiées et sont étroitement liées au choix précédent. La première, au sein des directions d'administration centrale, est la direction interministérielle de l'encadrement supérieur de l'Etat (DIESE). Tous les corps de médecins sauf les PH étant déjà administrés par la DIESE, cette option semble la plus simple. L'alternative serait de confier la gestion de ce corps au Centre national de gestion (CNG), qui s'occupe des PH, DH et D3S. Il s'agirait ainsi d'une mission supplémentaire, sachant qu'aujourd'hui le CNG ne s'occupe pas de professions non rattachées à la fonction publique hospitalière.

Une dernière possibilité pourrait être une gestion par les centres de gestion de la fonction publique territoriale.

Tant un positionnement auprès du ministère chargé de la santé qu'auprès du Premier Ministre sont acceptables. Il est proposé de faire dépendre le choix des discussions ultérieures.

6. Cadre juridique

Des questions juridiques restent à éclaircir :

- À l'image des PH, il semble indispensable de déroger aux plafonds des grilles des fonctionnaires classiques. Un cadre calqué (en termes de grilles, congés et droits sociaux) sur celui des praticiens hospitaliers semble être consensuel en termes d'attractivité.
- Il est indispensable d'envisager la possibilité d'exercer des missions au service de la fonction publique d'Etat, de la fonction publique territoriale et des opérateurs de l'Etat (agences sanitaires) voire auprès d'organismes internationaux (mise à disposition).

Au sens du décret n° 2006-717 du 19 juin 2006 et de l'article R6152-2 du Code de la santé publique, ce cadre d'emploi doit permettre une implication des médecins dans l'enseignement des arts médicaux. Il conviendra, dès les réflexions préliminaires, d'ouvrir un mode d'exercice mixte enseignement/recherche et opérationnel.

Le scénario privilégié est de calquer les conditions d'emploi (grilles de rémunération, congés et droits sociaux) sur celles des PH, ainsi que d'assurer une mobilité entre des missions au service de la FPE, de la FPT, des opérateurs de l'Etat voire d'organismes internationaux (mise à disposition).

7. Place de l'option Administration de la Santé (OADLS)

Proposition 1 : L'option comme condition d'accès

Une première proposition est de faire de l'option une formation qui accompagne l'entrée dans ce statut, voire qui en est un prérequis, un peu comme la formation MISP actuelle. Il faudra alors revoir l'organisation de l'option à plusieurs niveaux :

- Rendre accessible à tous les internes de santé publique l'OADLS, selon les modalités définies par la maquette du DES.
- Rendre la formation OADLS accessible à tout médecin quelle que soit sa qualification, par une voie sélective (comme le concours MISP actuellement).

Cette proposition semble contraire à l'esprit présenté plus haut, visant à ouvrir le statut envisagé à tout médecin réalisant une mission de santé publique en dehors de l'hôpital.

Proposition 2 : L'option comme accélérateur de parcours

Une deuxième possibilité est de faire de l'option un accélérateur dans la grille ou la carrière. Cela pourrait par exemple se traduire par l'accès facilité à un grade supérieur, ou à des primes.

Cette proposition paraît toutefois complexe si on veut se calquer sur la grille de PH, qui n'a pas de grade. Et cette avancée dans la grille pourrait être difficilement justifiable par le suivi d'une unique année de formation, assez généraliste au regard des différentes carrières possibles.

Proposition 3 : L'option comme passerelle vers l'administration d'état

Une troisième proposition consiste à faire de l'option un pont, voire un prérequis, amenant du statut commun, à quelque chose de plus, comme par exemple :

- une passerelle vers le corps des administrateurs de l'Etat ;
- un accès privilégié à des fonctions de management parmi les postes en administration.

En effet et par exemple, dans le cas des praticiens conseils (PC) exerçant à l'Assurance maladie, il existe une filière "management" (qui est celle des PC souhaitant devenir médecin conseil régional ou responsable d'échelon par exemple), et "technique" (pour les PC travaillant à l'échelle régionale ou à la CNAM et qui n'ont pas de fonction de management). On pourrait alors imaginer une filière management parmi les postes accessibles au nouveau statut (associée à d'éventuelles primes à défaut d'avoir des grades), avec une entrée au sein de cette dernière qui serait accompagnée par l'option.

Ces propositions ne sont pas mutuellement exclusives et des complémentarités existent.

Le scénario privilégié est que l'option soit un accélérateur de carrière au sein de ce cadre d'emploi et une potentielle passerelle vers l'administration d'Etat si le médecin le souhaite.

8. Lien avec l'université

Un besoin, de plus en plus fréquent, est identifié parmi les internes et médecins de santé publique de pouvoir combiner une carrière de service publique et de recherche (universitaire). Cette possibilité s'inscrit notamment dans le cadre du développement de l'évidence-based policy (politique fondée sur les preuves). L'objectif est d'être en mesure de développer des parcours universitaires et administratifs via des statuts MCU-PMSP ou PU-PMSP, à l'image des premiers postes d'AHU partagés entre une université et une ARS⁶, encouragés dans le rapport Chauvin⁷.

Le scénario privilégié est que le cadre d'emploi permette de structurer dans un second temps une filière universitaire.

⁶ Le Dr Mathieu Levallant devient chef de clinique des universités à l'ARS Pays de la Loire. Hospimedia. 17/11/2022.

<https://www.hospimedia.fr/actualite/nominations/20221117-politique-de-sante-le-dr-mathieu-levallant-devient>

⁷ Chauvin. Dessiner la santé publique de demain. Rapport. Novembre 2021.